

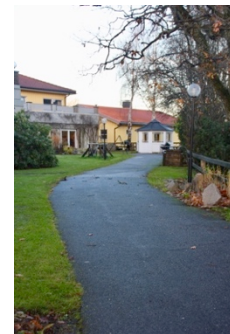
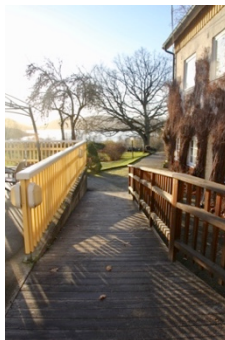
UTOMHUSFYSIOTERAPI

- en studie av utemiljöns användbarhet vid ett
rehabiliteringscenter

OUTDOOR PHYSIOTHERAPY

- a study of the usefulness of the outdoor environment at a rehabilitation
centre

Lotta Lundmark



Självständigt arbete • 30 hp
Outdoor Environments for Health and Well being
Alnarp 2018

UTOMHUSFYSIOTERAPI

- en studie av utemiljöns användbarhet vid ett rehabiliteringscenter

OUTDOOR PHYSIOTHERAPY

- a study of the usefulness of the outdoor environment at a rehabilitation centre

Lotta Lundmark

Title: Outdoor physiotherapy - a study of the usefulness of the outdoor environment at a rehabilitation centre

Handledare: Fredrika Mårtensson, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Huvudexaminator: Elisabeth von Essen, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Biträdande examinator: Anna-Maria Palsdottir, SLU, Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

Omfattning: 30 hp

Nivå och fördjupning: Avancerad nivå, A2E

Kurstitel: Självständigt arbete i landskapsarkitektur

Kurskod: EX0814

Program: Outdoor Environments for Health and Well being

Utgivningsort: Alnarp

Utgivningsår: 2018

Omslagsbild: Lotta Lundmark

Elektronisk publicering: <http://stud.epsilon.slu.se>

Nyckelord: fysioterapi, tillgänglighet, rehabilitering, miljöpsykologi, fysisk funktion, ICF, hälsoträdgård, utomhus

SLU, Sveriges lantbruksuniversitet

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie är att analysera den fysiska utemiljön och bruket av den vid ett rehabiliteringscenter för att kunna identifiera och utveckla tillgängliga och användbara utemiljöer för fysioterapi. För att nå syftet har de fysiska egenskaperna i utemiljön analyserats, fysioterapeuternas bruk av och syn på utemiljön kartlagts och likaså den fysiska tillgängligheten. De metoder som använts är dagboksenkät, gåtursintervju och tillgänglighetsanalys samt en platsanalys av trädgården och de nära omgivningarna. Utgångspunkten togs i miljöpsykologisk teoribildning och modeller om preferens, hälsoträdgårdens komponenter samt perspektivet stödjande miljö kring varsam och inspirerande design inklusive de åtta parkkaraktärerna. Den undersökta utomhusmiljön tillhör Unicare Bakke, ett rehabiliteringscenter i Norge. De deltagande 12 fysioterapeuterna arbetar på rehabiliteringscentret och de fem deltagande patienterna i tillgänglighetsanalysen var på rehabilitering i verksamheten. Utomhusmiljön visade sig ha hög preferens, innehålla både varsam och inspirerande design, inklusive de åtta parkkaraktärerna. Kopplat till triangeln om den stödjande miljön så innehåller miljön element för personer med olika grad av välbefinnande. Den har därmed goda förutsättningar att fungera som en komplett hälsoträdgård, en arena för både terapeutiska inslag och återhämtning. Samtidigt uppdagades att stora områden bortom övergångszonen närmast huset är otillgängliga för patienter med måttlig till svår funktionsnedsättning och särskilt gällde det de mer restaurativa gröna omgivningarna. Konklusionen är att möjligheterna till fysioterapeutiska interventioner är många för dem med ingen eller liten funktionsnedsättning medan antalet är högst begränsat för de med måttlig till svår. Tillgänglighetsproblemen beror både på att den naturliga miljön innehåller fysiska utmaningar i form av kuperad terräng och varierade underlag och på att miljön inte är tillgänglighetsanpassad i tillräcklig grad. Den dåliga tillgängligheten resulterar i att fysioterapeuterna inte får användning av utemiljön i den grad de önskar och sett ur ett patientperspektiv så exkluderas de med måttlig till svår funktionsnedsättning i stor grad från såväl utomhusfysioterapi som från möjligheten till återhämtning. Arbetet belyser hur studiet av miljöer för utomhusfysioterapi behöver utgå från patienters variation i fysisk funktion. För att kunna erbjuda utomhusfysioterapi till alla patienter, oavsett funktionsnedsättning, så behöver utemiljön tillrättaläggas, så att den blir tillgänglig och aktiviteter möjliga.

Nyckelord: fysioterapi, tillgänglighet, rehabilitering, miljöpsykologi, fysisk funktion, ICF, hälsoträdgård, utomhus

ABSTRACT

The aim of this study is to analyse the outdoor environment and the use of it at a rehabilitation centre, in order to identify and develop accessible and useful outdoor environments for physiotherapy. To achieve the aim, the physical qualities of the outdoor environment have been analysed, the physiotherapeutic use and opinion of the outdoor environment have been surveyed and also the physical accessibility. Methods that have been used are diary questionnaires, walk through interview and an analysis of the accessibility. A place analysis of both zone three, the garden, and zone four, the more extensive area, was made. Starting point for those were environmental theories and models, like preference, the components in a health garden, the theory of the supporting environment in relation to comfortable and inspiring design, including the eight nature dimensions. The analysed environment belongs to Unicare Bakke, a rehabilitation centre in Norway. The participating 12 physiotherapists work at the rehabilitation centre and the five patients in the accessibility analysis were in-patients. The outdoor environment proved to be high in preference, it contains both comfortable and inspiring design and also the eight nature dimensions. In relation to the triangle of the supportive environment the environment contains elements for people with both high and low well-being. The conclusion is that it has good preconditions to work well as a health garden, an arena for both therapy and restoration. Simultaneously, it was discovered that large areas beyond the transition zone close to the house are almost inaccessible for people with moderate to severe impairments and in particular the restorative areas. The conclusion is that the number of affordances/possibilities for physiotherapy and restoration is big for patients with no or mild impairment while it is highly limited for patients with moderate to severe impairments. The accessibility problems are a combination of a big natural variety in form of hills and different beddings and lack of effort in making the environment accessible. The result of the limited accessibility is that the physiotherapists don't get use of the outdoor environment to the desired extent. Seen from the perspective of the patients, the ones with moderate to severe impairments are, to a great extent, excluded from outdoor physical therapy and also from the possibility to restoration. This work highlights how the study of environments for outdoor physiotherapy needs to have its starting point in the variation of physical impairments of the patients. In order to provide outdoor physiotherapy for all patients, regardless of physical impairment, the outdoor environment needs to be adjusted, both in relation to accessibility and activities.

Key words: physiotherapy, accessibility, rehabilitation, environmental psychology, impairment, ICF, health garden, outdoor

FÖRORD

För mig har studierna på masterprogrammet "Outdoor environment for health and wellbeing" på SLU inte bara varit en väg mot ökad kunskap, men lika mycket en inre resa. Jag har på resans gång blivit medveten om vilken resurs natur och utomhusvistelse i olika former är i mitt eget liv, både som preventivt redskap för att förebygga ohälsa och som behandling vid ohälsa. Även ur ett yrkesperspektiv, som fysioterapeut, ser jag inte bara en stor potential i att använda mig av utomhusmiljöer som arena för olika interventioner, jag ser det som en skyldighet att erbjuda det till patienterna.

Att vara ute och utöva olika aktiviteter är en självklarhet för många människor, men dessvärre är det inte lika självklart när hälsan sviktar. Många patienter har genom åren vittnat om att de inte längre är ute, trots att de önskar det. Det uppger att de inte "kan" eller är tillräckligt trygga. Orsaken är ofta att de inte har fått träna på att vara utomhus med de nya förutsättningar som kroppen har gett den, efter till exempel en stroke eller en benamputation. Med detta som bakgrund funderade jag på hur jag kunde ta ett första steg mot mer utomhusfysioterapi och jag landade i att jag ville kartlägga hur mina fysioterapikollegor använder sig av den erkänt natursköna miljön på Bakke för att se om jag kunde identifiera viktiga element vid utomhusfysioterapi.

Jag vill tacka mina fysioterapikollegor på Bakke som med en positiv inställning ställde upp som informationskällor och patienterna som lika villigt deltog i tillgänglighetsanalysen. Jag vill också tacka min handledare, Fredrika Mårtensson, universitetslektor på SLU, som hela tiden kommit med konstruktiv feedback som i sin tur har utvecklat både mig själv och mina tankar. Jag skänker också en tanke till mina härliga studiekompisar på OHW-programmet som fungerat som bra bollplank. Sist, men absolut inte minst, vill jag tacka min fina familj Martin, Edit och Albert och även vår katt Kokos som i många timmar varit nack-krage när jag suttit och skrivit på uppsatsen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
ABSTRACT.....	4
FÖRORD.....	5
1 BAKGRUND.....	8
2 SYFTE.....	11
3 TEORETISK REFERENS RAM.....	12
3.1 <i>FYSIOTERAPIVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV OCH BEGREPP.....</i>	<i>12</i>
3.2 <i>MILJÖERBJUDANDEN</i>	<i>13</i>
3.3 <i>PERSPEKTIV PÅ NATURENS REKREATIVA FUNKTIONER.....</i>	<i>13</i>
3.4 <i>NATUR OCH TRÄDGÅRD I VÅRDEN</i>	<i>14</i>
4 METOD	18
4.1 <i>FORSKNINGSDESIGN</i>	<i>18</i>
4.1.1 <i>URVAL</i>	<i>18</i>
4.1.2 <i>DATAINSAMLING</i>	<i>20</i>
4.1.2.1 <i>PLATSANALYS.....</i>	<i>20</i>
4.1.2.2 <i>DAGBOKSENKÄT.....</i>	<i>20</i>
4.1.2.3 <i>GÅTURSINTERVJU.....</i>	<i>20</i>
4.1.2.4 <i>TILLGÄNGLIGHETSANALYS</i>	<i>21</i>
4.1.3 <i>DATABEARBETNING.....</i>	<i>22</i>
4.2 <i>RAMAR OCH AVGRÄNSNINGAR</i>	<i>24</i>
4.3 <i>ETISKA ASPEKTER</i>	<i>24</i>
5 RESULTAT	26
5.1 <i>UTEMILJÖNS KVALITETER OCH PROBLEM</i>	<i>26</i>
5.1.1 <i>PROBLEMLATSER I UTEMILJÖN</i>	<i>28</i>
5.1.1.1 <i>TILLGÄNGLIGHETEN PÅ PROBLEMLATSERNA.....</i>	<i>32</i>
5.2 <i>FYSIOTERAPEUTISKT BRUK AV UTEMILJÖN</i>	<i>35</i>
5.2.1 <i>PLATS FÖR INTERVENTIONERNA</i>	<i>35</i>
5.2.2 <i>UTOMHUSINTERVENTIONERNAS KARAKTÄR.....</i>	<i>37</i>
5.2.3 <i>UTOMHUSINTERVENTIONER RELATERAT TILL PATIENTENS FUNKTION</i>	<i>38</i>
5.2.4 <i>VÄDRET.....</i>	<i>39</i>
5.3 <i>SAMMANFATTNING</i>	<i>40</i>
6 DISKUSSION.....	42
6.1 <i>METODDISKUSSION.....</i>	<i>42</i>
6.2 <i>RESULTATDISKUSSION.....</i>	<i>43</i>
6.3 <i>KONKLUSIONER.....</i>	<i>44</i>

6.4	SLUTORD.....	47
7	LITTERATURFÖRTECKNING	49
8	BILAGOR	53
8.1	BILAGA 1: MALL TILL DAGBOK SOM FYSIOTERAPEUTERNA SKREV	53
8.2	BILAGA 2: STYRKOR/SVAGHETER I UTEMILJÖN	54
8.3	BILAGA 3: TABELL MED VIKTIGA ELEMENT RELATERAT TILL FUNKTIONSNEDSÄTTNING	57

1 BAKGRUND

En lärare på SLU, som också är sjukgymnast, uttryckte en gång: - Vi sjukgymnaster måste bli bättre på att se att sjukgymnastik inte måste föregå innanför fyra väggar. Hon satte ord på det jag själv länge både känt och upplevt som klinisk fysioterapeut på Unicare Bakke. Rehabiliteringscentret ligger 15 km söder om Halden i Norge, i en naturskön miljö med stor topografisk variation. Jag har i mitt jobb många gånger fått bekräftat hur den omgivande naturen, både som passivt och aktivt redskap, är av stor betydelse i patienternas process för att nå bättre hälsa. Jag vill inleda arbetet med att återberätta en episod som jag upplevde för några år sedan med en patient.

Patienten var en man på ca 80 år som hade haft en stroke. Funktionsmässigt hade han klarat sig relativt bra, han gick med rollator och var inte kognitivt påverkad. Dag efter dag försökte jag motivera honom till att träna i träningssalen, men oavsett vad jag föreslog så varken ville eller kunde han. Han jämrade sig och verkade missnöjd med sin livssituation. Varför skulle han in och dra i en apparat eller gå i en gångbana, när han aldrig gjort det förr!? Som alternativ till den vanliga träningen erbjöds han att delta på trädgårdsaktiviteter och trots tveksamhet, kom han ut. Han var skeptisk till att gå på gräsmattan med rollator, men när han såg att dagens aktivitet var att ta upp potatis så blev lockelsen för stor. Plötsligt stod han i potatislandet och tog upp potatis, vilket innebar att göra övningar som varit otänkbara i träningssalen. Samtidigt rullade hans livshistoria som potatisodlare fram. Efteråt var han obeskrivligt nöjd och stolt. Denna man har återkommit på rehabilitering flera gånger och varje gång längtar han efter potatislandet. Denna historia symboliserar väl hur träning utomhus kan vara ett alternativ till annan träning. Träning utomhus låter sig lättare formas så att det efterliknar aktiviteter patienten känner igen från sitt liv, vilket gör att patienten upplever den som meningsfull.

Det centrala i ovanstående berättelse var att få patienten i *rörelse*. Genom att röra sig kan människan handla och nå sina livsmål och genom rörelse kan människan förbättra sin hälsa och minimera ohälsa. *Rörelse* är själva kärnan i vad fysioterapeuten arbetar med. Förhållandet mellan en persons aktuella och önskade rörelseförmåga utgör underlag för sjukgymnastiska interventioner. Begreppen *rörelse* och *funktion* ligger nära varandra i fysioterapivetenskap och används ofta synonymt. Själva arbetsgången för en sjukgymnast beskriver Broberg och Tyni-Lenné (2016) som en klinisk resonerande- och beslutsprocess, som innefattar undersökning, fastställande av diagnos och prognos, målsättning och planering av terapeutiska, pedagogiska och miljöinriktade interventioner, genomförande av dessa och utvärdering av resultat. Processen baseras på gällande evidens och genomförs i samspel med klienten, eventuella närstående och andra yrkesgrupper.

På samma sätt som behandlingsmetoderna ska vara evidensbaserade så behövs evidens som stödjer bruk av utemiljöer och natur i behandling. Forskningen börjar allt mer visa på stöd för detta. Ämnet som forskningen sker inom är miljöpsykologi, ett tvärvetenskapligt ämne mellan miljö- och beteendevetenskaperna. Studier i *preferens*, som förklaras närmare i den

teoretiska referensramen, har visat att människan föredrar natur framför byggda miljöer (Hägerhäll, 2005). Kaplans (1982) och Ulrich (1986) har skapat teorier där de förklarar hur naturmiljöer är restorativa, dvs återhämtande från stress och utmattning. Kuo (2015) har kommit fram till att den övergripande positiva hälsoeffekt som sker vid vistelse utomhus är att immunförsvaret stärks. Detta sker via 21 olika komponenter, som i sin tur delas in i tre undergrupper: *miljöfaktorer, fysiologiska och psykologiska tillstånd och beteendefaktorer*. Ulrich (1984) och Chang och Chen (2005) har visat att redan en *utsikt* mot natur kan ha en positiv effekt på människors hälsa.

Det finns förklaringsmodeller som betonar erfarenheternas betydelse för vår relation till naturen och andra fysiska miljöer. Ett exempel är *Topophilia*, som ordagrant betyder kärleken till en plats (Tuan, 1974). Tuan menar att människor har en tendens till att få starka band till miljöer de känner väl, på grund av igenkännande och erfarenhet. Platsen kan vara en naturmiljö, men lika väl en annan miljö. Ett närbesläktat begrepp är *place attachment*. *Place attachment* innebär att man har känslor som är förankrade till platsen, att man känner att man hör hemma där, man har lust att vara där och vill tillbaka dit när man är borta (Lewicka, 2014). Miljöpsykologer har påvisat att platser kan fungera som *attachment figures*, dvs som en trygg famn (Morgan, 2009). När man har sett på typiska karaktäristika för platser som fungerar som *attachment figures* så har man kommit fram till att de känslomässiga banden ofta är starkare för platser med god miljö kvalitet som natur, distinkt fysisk terräng, vatten och även sociala aspekter spelar in (Scannell & Gifford, 2014).

En annan bakgrund till arbetet är hur central relationen till naturen är för många människor i Norge. "Ut på tur, aldrig sur" är ett vanligt uttryck. Fenomenet minskar generellt men fortsatt gäller att åtta av tio i Norge använder fritiden till att gå på tur (Statistisk sentralbyrå, 2016). Lasse Heimdal, generalsekreterare på Friluftslivets fellesorganisasjon, menar att förklaringen till den starka turtraditionen och bruk av naturen är följande:

De aller fleste opplever at de faktisk har god tilgang til natur, og det er grunnen til at mange bruker den. Våre idealer er også litt annerledes enn hos mennesker i andre land. Opplevelsen av ro, stillhet og følelsen av å være i ett med naturen er et norsk ideal, sier generalsekretær Lasse Heimdal i Friluftslivets fellesorganisasjon (Frifo). (Sandberg, dagsavisen.no, 26 juni 2012)

2015 publicerades en nationell kartläggning av fysisk aktivitet och vila bland vuxna och äldre i Norge. Studien visade att den genomsnittlige deltagaren gick 8712 steg per dag. Aktivitetsnivån var stabil i alla åldersgrupper, men lägre hos de äldre (+65) och det sågs ett tydligt fall efter fyllda 75 år. Deltagarnas främsta motiv till att vara fysiskt aktiva uppgavs vara följande: 1. *Att förebygga hälsoproblem*, 2. *Komma i bättre form*, 3. *Fysiskt och psykiskt välbefinnande*, 4. *Få frisk luft* och 5. *Hålla nere vikten*. Andelen som uppgav att de var aktiva för att träffa och umgås med andra människor och för att ha en trevlig fritid var högre i de äldsta grupperna. Att gå en tur var den aktivitet som mest tid lades på. Efter det kom underhållsarbete, trädgårdsarbete, snöskottning och vedhuggning (Helsedirektoratet, 2015).

Båda ovanstående studier visar att gå tur är i topp när den norska befolkningen får uppge hur de helst är fysiskt aktiva. Den starka kopplingen till natur som avspeglas i livsstilen hos många i den norska befolkningen och vanan att gå på tur kan kopplas till flera miljöpsykologiska teorier som utgör referensram för denna studie. Till exempel får utomhusträning ofta ett salutogenetiskt perspektiv, dvs fokuserar på det friska för att nå hälsa, i stället för på att bota det sjuka. Antonovsky (2007) myntade begreppet och han talar om att det viktigaste för att behålla hälsan är att upprätta en känsla av sammanhang, KASAM, där meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet är grundpelarna.

I ovan nämnda kartläggning från 2015 gav en tredjedel låg poäng på egen förväntan av att bemästra situationen, upplevd kontroll och inställning till fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015). Det är fakta som stämmer med min erfarenhet av att det finns patienter som kommer till rehabilitering som uppger att de inte längre är utomhus i den omfattning som de önskar. Orsaken är att de är otrygga på grund av att de inte fått träna på att vara utomhus med de nya förutsättningar som kroppen har gett dem, t ex efter en stroke eller en benamputation. Här ser jag en utvecklingspotential för sjukgymnastkåren, att inkludera utomhusträning i behandlingsutbudet. Då jag deltog på Norges första nationella konferens i uterehabilitering hösten -16 i Kristiansand så framkom goda exempel på hur utemiljö och natur används i rehabilitering, men alla konstaterade att det saknas dokumentation. Med detta som bakgrund funderade jag på hur jag, via min uppsats, kunde ta ett steg i riktningen mot mer utomhusfysioterapi. Jag landade i att jag ville undersöka det fysioterapeutiska bruket av utemiljön vid ett rehabiliteringscenter, i syfte att kunna identifiera och utveckla tillgängliga och användbara platser för utomhusfysioterapi. Valet av rehabiliteringscenter blev min arbetsplats, Unicare Bakke. Anledningen till val av plats var en kombination av följande faktorer: jag känner väl till utemiljön, jag vet att fysioterapeuterna använder utemiljön i sitt kliniska arbete, centret ligger naturskönt och antalet fysioterapeuter är så pass stort i antal, drygt tio, att jag kunde få ett tillräckligt underlag.

2 SYFTE

Utemiljön vid rehabiliteringsverksamhet är en potentiell plats för fysioterapeutiska interventioner, men måste anpassas och utvecklas till att passa patienternas funktion och behov. Syftet med denna studie är att analysera den fysiska utemiljön och bruket av den vid ett rehabiliteringscenter för att kunna identifiera och utveckla tillgängliga och användbara platser för utomhusfysioterapi.

3 TEORETISK REFERENSRAM

3.1 FYSIOTERAPIVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV OCH BEGREPP

Det teoretiska underlaget för *fysioterapivetenskapen* hämtas inom olika vetenskapliga discipliner såsom human-, medicin-, samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen och samordnas med sjukgymnastikens specifika perspektiv till en integrerad helhet. Centrala begrepp i fysioterapivetenskap är människans *kropp*, *interaktion*, *rörelse och funktion* och i förhållande till hälsa. *Kroppen* i fysioterapivetenskap handlar om hur man upplever kroppen och dess rörelse, såväl kognitivt, emotionellt som socialt. Genom att ha god kontakt med kroppen och kunna tolka dess signaler kan man känna förtroende för den och uppleva den som hel. Funktionsnedsättningar, smärta och lidande som manifesteras i kroppen står i fokus för sjukgymnastens intresse och kunskap. Man kan se mötet mellan sjukgymnasten och patienten som ett "kroppsligt möte", där sjukgymnasten försöker tolka kroppens signaler. *Interaktion* innefattar all typ av kommunikation och utgörs av ett samspel mellan patienten och sjukgymnasten eller en process där enskilda eller grupper av individer påverkar varandra. Genom interaktion kan patientens egna resurser aktiveras, vilket är en förutsättning för lärande och förändring. Interaktionen handlar också om hur en person påverkas av och påverkar den omgivning i vilken hon lever.

Det begrepp som främst kännetecknar fysioterapivetenskapen, är *rörelse*. Förhållandet mellan en persons aktuella och önskade rörelseförmåga utgör underlag för sjukgymnastiska interventioner. Begreppen *rörelse* och *funktion* ligger nära varandra i fysioterapivetenskap och används ofta synonymt. Begreppet funktion kan avse allt från en människas upplevelse av sin kropp och rörelse, hennes andning, hållning, gång, rörelsemönster och aktiviteter i det dagliga livet samt förmåga till arbete och delaktighet i samhället i stort. Funktion kan också beskrivas i termer av förutsättningar, förmågor och beteenden. Införandet av den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF 2003 (Socialstyrelsen, 2001), har påverkat användningen av funktionsbegreppet, inte bara inom hälso- och sjukvården utan även i andra samhällssektorer. Syftena med ICF är:

- att ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer
- att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- att möjliggöra jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av hälso- och sjukvården, service- och tjänsteverksamheter samt över tid
- att skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem (Socialstyrelsen, 2001)

Det finns olika modeller som belyser hur en fysioterapeut handlar i praktiken. Vanligen beskrivs det klientrelaterade arbetet som ett kliniskt resonerande och en beslutsprocess, som benämns fysioterapiprocessen eller den kliniska resonerandeprocessen. I processen ingår utredning, analys, fastställande av fysioterapi- eller funktionsdiagnos och prognos, målsättning och planering av interventioner, genomförande av dessa och utvärdering av resultatet. Alla faser i processen sker i dialog med klienten. Processen gäller såväl

hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, terapeutiskt och (re)habiliterande arbete och genomförs utifrån personens behov och mål (Broberg & Tyni-Lenné, 2016).

3.2 MILJÖERBJUDANDEN

Planering av interventioner och genomförande av dessa ingår i fysioterapeutens kliniska resonering, som nämndes ovan. Interventionerna inkluderar ofta motorisk aktivitet. Det finns ett begrepp för att beskriva de möjligheter till aktivitet en miljö erbjuder och det är *miljöerbjudande*, på engelska *affordance*. Tingens, miljöernas och andra varelser erbjuder möjlighet till aktivitet genom sitt innehåll, sina material och olika typer av ytor. Teorin grundades av Gibson (1979). Rietveld och Kiverstein (2014) föreslår i sin artikel att begreppet ska breddas till att också inkludera det de kallar *form of life*. De menar att hur människan uppfattar miljöerbjudandena också beror på sociokulturella faktorer. Trots gemensam biologi så kan miljöerbjudandena uppfattas olika av olika personer beroende på att man har olika referensramar. Genom att inkludera *form of life* i diskussionen om miljöerbjudanden kan man kartlägga skillnader mellan grupper och enskilda individer i hur de uppfattar miljöerbjudandena. Kopplat till det som skrevs i bakgrunden om att naturen är av stor betydelse för många människor i Norge så ser jag inkluderingen av *form of life* som relevant.

3.3 PERSPEKTIV PÅ NATURENS REKREATIVA FUNKTIONER

Som tidigare nämnts så behövs evidens för att fysioterapeuten ska kunna bedriva utomhusfysioterapi. Här redovisas ett antal teorier som förklarar varför människan föredrar naturmiljöer. Det ges också exempel på kulturella förklaringsmodeller, vilka menar att naturen inte är av större betydelse än andra saker i miljön. Ett vanligt förekommande instrument för att studera människors upplevelse av olika landskapstyper är *preferens*, vilket innebär att människor utifrån olika naturbilder får bedöma hur mycket de tycker om dem. Flera studier har kommit fram till att fyra variabler påverkar preferensen mycket: 1. *variationen i topografi* 2. *hur öppet eller slutet landskapet är* 3. *huruvida det finns synligt vatten eller inte* 4. *om naturen består av natur eller av människa tillverkade objekt* (Hägerhäll, 2005). Wilson (1984), Orians (1980), Appleton (1975) och Kaplans (1989) har alla visat på att landskap med naturmiljöer generellt föredras framför urbana miljöer och de menar att förklaringen är *evolutionär*, dvs genetisk. Wilson (1984) talar om *biofilia*, vilket han förklarar som människans medfödda behov av naturkontakt. Han menar att, genom evolutionen, så har människans fokus varit att hitta miljöer som vi kan överleva i och därför föredrar vi sådana miljöer. Tiden som urbana miljöer har existerat är kort i förhållande till hur länge människan har existerat och därför menar han att den inte kan ha påverkat våra gener. Orians (1980) benämner sin teori som *Savannteorin*. Han menar att preferensen för natur kommer från ett underliggande valbeteende som alla djurarter använder sig av när de letar efter ett passande boende. Faktorer som är viktiga är tillgängliga resurser och möjligheten till skydd mot fiender. Hans slutsats är att en savannlik miljö är den mest optimala. Också Appleton (1975) talar om boplatsen som en viktig faktor. Han menar att boplatsen behöver innehålla två särdrag, möjligheten till *utsikt* och *skydd*. Kaplans' (1989) menar att den spatiala förståelsen (*understanding*) av en miljö och möjligheten till att utforska (*exploration*) nya miljöer har varit viktiga genom evolutionen, för att hitta platser där man kan överleva. De delar upp förståelsen och utforskandet i det som är direkt synbart

(*immediately apparent*) och det som kan anas/förutsägas (*can be inferred or predicted*). Det senare innebär saker som inte är synligt i miljön, men som man kan ana finns där. De talar om fyra karaktäristika i ett landskap som är förknippat med preferens: sammanhang (*coherence*), komplexitet (*complexity*), läslighet (*legibility*) and mystik (*mystery*) och de menar att ju mer av de fyra karaktärsdragen en miljö innehåller, desto högre är preferensen för landskapet. Tidigare nämnda *topofilia* är exempel på en *kulturell* förklaringsmodell (Tuan, 1974). De kulturella förklaringsmodellerna menar att preferens är inlärt och har skapats av en kombination av sociala, kulturella och personliga egenskaper, vilket innebär att samma miljö kan uppfattas mycket olika av olika personer beroende på den personens erfarenheter och personliga egenskaper (Hägerhäll, 2005; Kaplan & Kaplan, 1989).

Det finns ett antal teorier som beskriver hur naturmiljöer ger förutsättningar för återhämtning. Joye et al (2012) beskriver *restoration* som den psykologiska och fysiologiska process som sker när man återhämtar sig från stress och mental trötthet. En restorativ miljö är en miljö som stödjer denna typ av återhämtning. Kaplans (1989) förklarar den restorativa processen genom en teori med namnet *the attention restoration theory (ART)*. Teorin går ut på att vi har två olika typer av uppmärksamhet; *den riktade koncentrationen* och *den spontana uppmärksamheten*. Den riktade koncentrationen använder vi när vi måste fokusera på saker. Denna är energikrävande, medan den spontana uppmärksamheten, också kallad *fascination*, inte kostar någon energi, utan ger förutsättningar för återhämtning. Vi använder mycket av riktad koncentration vid vistelse i en stad, medan det är den spontana uppmärksamheten som används vid vistelse i natur. Fyra kvaliteter nämns som viktiga i en miljö för att kunna uppnå *restoration*, *fascination (fascination)*, *rymd (extent)*, *komma bort (being away)* och att *passa in i ens värld (compatibility)*. De fyra kvaliteterna är ofta representerade i naturmiljöer, vilket är orsaken till att man kan nå *restoration* där. Ulrichs (1986) teori för att förklara *restoration* kallas *the stress recovery theory (SET)*. Denna teori säger att människans reaktion, när den exponeras för natur, är direkt, omedveten, positiv och affektiv snarare än kognitiv. Natur har en positiv effekt på människors stressnivåer eftersom natur är den miljö som vi som biologiska varelser är menade att leva i. Omedvetet får vi en känsla av om vi kan överleva i miljön eller inte och därmed också om den stressar oss eller inte. Under senare år har det kommit andra teorier som också försöker förklara mekanismerna i restorativa miljöer. *Perceptual fluency account* (Joye & van den Berg, 2013) kombinerar *the attention restoration theory* och *the stress recovery theory* och säger att synen är bättre utvecklad för att förstå strukturer i naturliga miljöer än byggda. *Connectedness to nature* (Mayer, Frantz, Bruehlman-Senecal, & Dolliver, 2009) säger att människor upplever syfte och mening när de känner att de tillhör den naturliga världen och *Micro-restorative experience* (Kaplan R., 2001) beskriver hur även korta upplevelser av naturkontakt kan bidra till återhämtning.

3.4 NATUR OCH TRÄDGÅRD I VÅRDEN

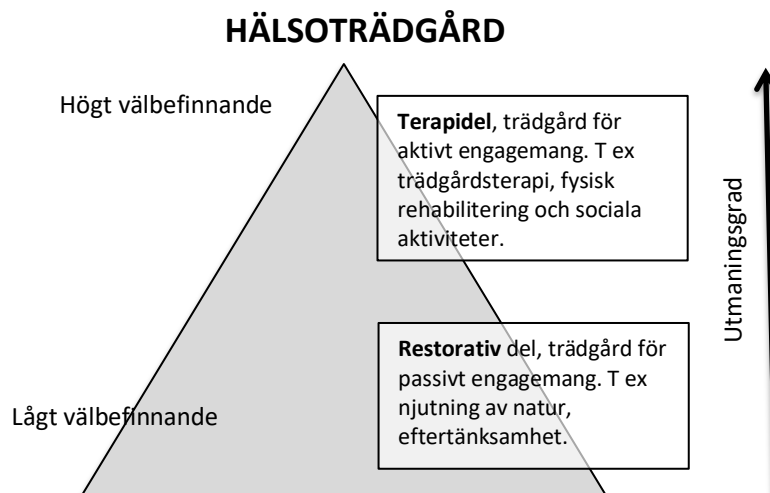
Ovan talas om positiva hälsoeffekter av natur och utomhusvistelse, men för att utemiljöer vid vårdinstitutioner ska fungera som hälsofrämjande så måste de göras tillgängliga för de som ska använda dem (Bengtsson & Carlsson, 2006). Tillgänglighet är ett begrepp som används för att beskriva hur pass väl en verksamhet, plats eller lokal fungerar för människor

med funktionsnedsättning. Funktioner kan innebära allt i från fysiska funktioner, kognitiva funktioner, nedsatt syn eller hörsel och psykiska eller neuropsykiatriska funktioner (Socialstyrelsen, 2001). Tillgänglighetsanpassning görs genom en medveten gestaltning. I detta sammanhang har det skapats teorier, begrepp och modeller som kan fungera som stöd och hjälp i processen. Teorin om den stödjande miljön (SET) handlar om människans olika behov av den fysiska och sociala omgivningen beroende på hur man mår. För att illustrera teorin använder Grahn (2001) en behovstriangel (se figur 3:1). När man har lågt välbefinnande, befinner sig på botten av triangeln, har man behov för att vända fokus inåt. Ju bättre man mår desto större förmåga har man att rikta uppmärksamheten utåt, först genom att på håll engagera sig och till slut genom att själv delta.



Figur 3:1: Figur för att beskriva människans skiftande behov i den omgivande miljön beroende på hur man mår. Figuren är baserad på Grahns behovstriangel (Bengtsson & Grahn, 2014).

Grahn och Bengtsson (2014) använder triangeln som bas när de definierar strukturen av en hälsoträdgård. De menar att en hälsoträdgård bör kombinera aspekter av passivt och aktivt engagemang, en restorativ och en terapidel. Miljön i den restorativa delen ska vara avkopplande och fri från störningar och naturens positiva inverkan ska hjälpa till med återhämtning från stress, en möjlighet att hitta sig själv och bygga upp sitt psyke. I terapiden försöker man genom aktiviteter uppnå positiva hälsoeffekter. Grahn och Bengtsson (2014) menar att behovet av terapi respektive restoration varierar beroende på hur man mår. Man är mer mottaglig för terapeutiska inslag när välbefinnandet är på den över delen av triangeln och behovet av en restorativ miljö är som störst när välbefinnandet är lågt (se figur 3:2).



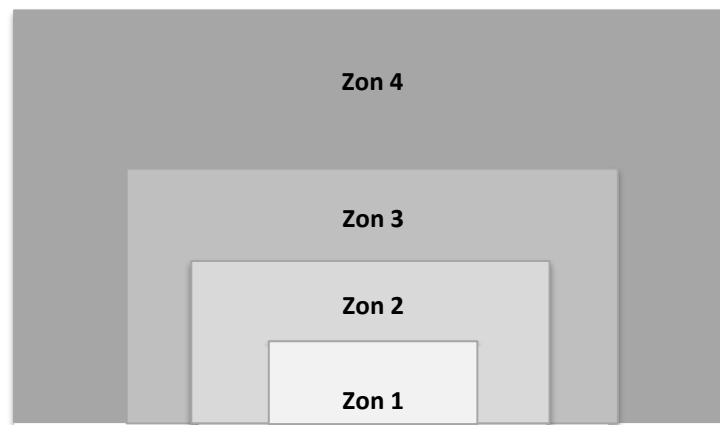
Figur 3:2: Figur för att beskriva det varierande behovet av utmaningsgrad i en hälsoträdgård relaterat till hur man mår. Utgångspunkt är behovstriangeln om den stödjande miljön kombinerad med hälsoträdgårdens indelning i terapi respektive restorativ del (Bengtsson & Grahn, 2014; Braun & Clarke, 2006).

Utöver terapeutiska och restorativa inslag så finns det fler hänsyn att ta när en ändamålsenlig hälsoträdgård ska skapas. Bengtsson och Carlsson (2006) har arbetat fram två designbegrepp, *varsam* och *inspirerande design*, vars syfte är att tillgodose brukarnas behov och önskningar vid utformning av utemiljöer vid vårdinrättningar. *Varsam design* syftar till att göra utemiljön bekväm för brukarna genom att fokusera på tillgänglighet, trygghet och säkerhet. För att åstadkomma detta menar de att utemiljön ska vara *nära och enkel* att ta sig till. Det ska finnas möjligheter till att vara *ute i alla väder*, till exempel genom att skapa platser i skugga eller under tak. Utemiljön ska vara *trygg och säker, vara välkänd och ha tydliga gränser*. Det sista begreppet, *orientering*, där gränser också ingår, är skapat av Lynch (1964). Han menar att det underlättar för brukarna att orientera sig i miljön om man tar hänsyn till fem aspekter: *stigar, platser, landmärken, noder och gränser*.

Inspirerande design utgår från brukarnas önskan att ha kontakt med naturen och omgivningen. Den *inspirerande designen* ska tillfredsställa människans olika preferenser och kvaliteterna innehåller därför stor variation, såväl i typ som innehåll. Kvaliteterna omfattar bland annat de åtta parkkaraktärer som urskilts i olika studier: *rofylld, vild, artrik, rymd, vidd/allmänningen, refug/viste, samvaro/möte och kultur*. Studier har visat att ju fler av dessa karaktärer som finns i en park eller trädgård, desto mer attraktiv är den och det har visat sig överförbart också i designen av hälsoträdgårdar. En annan kvalitet i *inspirerande design* är *kontakt med livet i omgivningen*. Detta kan inkluderas till exempel genom att man placerar utemiljön i anslutning till miljöer där människor rör sig. Genom att se andra så kan man känna sig delaktig själv. Övriga kvaliteter i *inspirerande design* är: *meningsfulla aktiviteter, symbolism, utsikt mot grönska, årstidsväxlingar, och avskildhet* (Grahn & Bengtsson, 2014). En studie som beskriver hur utsikt mot grönska kan påskynda tillfrisknandet efter en operation är gjord av Ulrich (1984). Han visade att de som hade utsikt

mot grönska både tillfrisknade fortare och hade minde behov av smärtstillande mediciner jämfört med de som hade utsikt mot en husvägg.

När såväl design som analyser ska göras av en utemiljö är det en fördel att strukturera miljön. Bengtsson (2015) har tagit fram fyra zoner för detta ändamål (se figur 3:3). Zon ett är utsidan inifrån, zon två är övergångszoner som t ex in/utgångar och balkonger, zon tre är den direkta omgivningen, i många fall ens trädgård och zon fyra är omgivningen lite längre bort, det som i många fall ligger utanför fastigheten.



Figur 3:3: Figur för att beskriva hur en utemiljö kan delas in i zoner vid analys och design.

Zon 1: Utsidan inifrån (t ex utsikt genom fönster)

Zon 2: Övergångszonen (t ex entre, uteplats, balkong)

Zon 3: Den direkta omgivningen (trädgården)

Zon 4: Omgivningen lite längre bort

Figuren är baserad på Bengtssons fyra zoner. (Bengtsson A. , 2015)

4 METOD

I detta avsnitt presenteras metoderna som använts vid datainsamlingen, fysioterapeuterna och patienterna som ingått i studien, och metoderna för bearbetningen av densamma.

4.1 FORSKNINGSDESIGN

Min utgångspunkt i arbetet var att jag, genom att analysera den fysiska utemiljön och fysioterapeuternas bruk av densamma på en specifik plats, kunde identifiera och ge förslag på hur tillgängliga och användbara miljöer för utomhusfysioterapi kan utvecklas, på en generell nivå. För analysen av den fysiska miljön valde jag miljöpsykologiska modeller som inkluderar perspektivet natur och hälsa. Tillvägagångssättet var att jag delade in den fysiska utemiljön i zon tre, trädgården och fyra, omgivningen lite längre bort, sedan kartlade jag preferensen för miljön, analyserade utifrån triangeln om den stödjande miljön, utifrån hälsoträdgårdsperspektivet i form av en terapeutisk och en restorativ del samt undersökte om miljön har inslag av *varsam* och *inspirerande* design och därmed också de åtta parkkaraktärerna. För att få så omfattande information som möjligt från kartläggningen av fysioterapeuternas bruk så valde jag en kombinerad kvantitativ och kvalitativ tillnärmning. Genom att kombinera dagboksenkät med gåtursintervju så fick jag med både statistisk information och subjektiva värderingar från fysioterapeuterna. Efter genomförda dagboksenkäter, gåtursintervju och påföljande databearbetning med tematisk analys så framkom att den fysiska tillgängligheten var ett centralt problem i fysioterapeuternas bruk av utemiljön. Jag kände att det var viktigt för arbetet att inkludera det perspektivet och valde att komplettera arbetet med en tillgänglighetsanalys. En annan fördel var att jag via analysen fick direktinformation från patienterna. Utifrån materialet från dagboksenkäterna och gåtursintervjun så valdes tio centrala platser i utemiljön ut. På platserna filmades framkomligheten för fem patienter med varierad fysisk funktion och kommentarer som blev sagda dokumenterades. Valet av plats för hela arbetet föll på min arbetsplats, Unicare Bakke. Möjligheten att använda denna miljö för studien underlättade arbetet på flera sätt samtidigt som jag ansåg att nackdelarna var begränsade. När projektbeskrivningen var färdig så presenterades den för ledningen, som godkände att projektet genomfördes. I nästa steg informerades fysioterapeuterna om vad de förväntades bidra med. Alla var positiva och gav klartecken till att delta. Också tillgänglighetsanalysen fick godkännande att genomföras. De olika behandlingsteamerna tillfrågades om lämpliga deltagare. Dessa tillfrågades om deltagande och samtliga sa ja. Det poängterades att deltagandet var frivilligt.

4.1.1 URVAL

Tolv fysioterapeuter förde dagboksenkät och tre fysioterapeuter i team 3 deltog i gåtursintervjun. Teamet hade dokumenterat flest interventioner och dessutom mest utförligt. Lämpliga patienter till tillgänglighetsanalysen hittades genom att teamen föreslog kandidater. Följande personer deltog i studien:

Fysioterapeuter

Team 1, ansvariga för patienter med hjärnskador, ofta strokedrabbade:

- Kvinna, 42 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan början av 00-talet, har vidareutbildning inom psykomotorisk fysioterapi.
- Kvinna, 29 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan 2011.
- Man, 34 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan 2015.

Team 2, ansvariga för ortopediska och patienter med sammansatt sjukdomsbild:

- Man, 53 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan slutet av 90-talet, har vidareutbildning inom osteopati.
- Kvinna, 44 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan 2014.
- Man, 64 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan början av 00-talet, har vidareutbildning inom livsstyrketräning.

Team 3, ansvariga för benamputationspatienter:

- Kvinna, 51 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan början av 00-talet, är specialfysioterapeut inom benamputation.
- Kvinna, 25 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan 2016.
- Man, 29 år, har jobbat på rehabiliteringscentret i några månader. Har vidareutbildning inom McKenzie-metoden.

Övriga:

- Man, 61 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan slutet av 90-talet, har vidareutbildning inom livsstyrketräning. Jobbar begränsat som fysioterapeut eftersom han har en chefsposition. Har en del uteaktiviteter som till exempel stavgång.
- Kvinna, 44 år, har jobbat på rehabiliteringscentret sedan början av 00-talet, har vidareutbildning inom livsstyrketräning och håller på med en masterutbildning i rehabilitering. Jobbar begränsat som fysioterapeut då hon har en chefsposition. Är en av ledarna i utegruppen, som har en uteaktivitet varje onsdag.
- Kvinna, 25 år, har fungerat som vikarierande fysioterapeut i något år.

Patienter

- Patient A, strokedrabbad dam i 65-årsåldern som är delvis förlamad i vänster arm och ben. Hon går relativt bra med en krycka.
- Patient B, strokedrabbad man i 80-årsåldern. Han är svagare i vänster kroppshalva, har nedsatt balans och går med rollator..
- Patient C, underbens-amputerad man på 52 år som går med protes och utan hjälpmedel.
- Patient D, låramputerad man på 51 år. Han går kortare sträckor med protes, men tar sig mycket fram i manuell rullstol.
- Patient E, knäleds-amputerad man på 68 år. Han går en del med protes, men tar sig mycket fram i manuell rullstol.

4.1.2 DATAINSAMLING

4.1.2.1 PLATSANALYS

En platsanalys är en metod som kan användas när man vill undersöka en miljö närmare. Ofta är ett problem eller fenomen utgångspunkten i analysen. Analysen sker genom att betrakta, uppleva och sedan beskriva en geografiskt avgränsad plats. Befintliga kvaliteter är utgångspunkten. Platsanalysen hjälper till att skapa förståelse för problematiken och komma närmare en möjlig utveckling som åter kan göra platsen attraktiv (Boverket, 2006).

I denna studie är platsanalysen den del av arbetet där miljön värderades okulärt. Analysen genomfördes utifrån de teorier och modeller som togs upp i den teoretiska referensramen under natur och trädgård i vården och som har som syfte att vara till hjälp i processen mot att skapa hälsofrämjande utemiljöer inom vården. Det som analyserades var preferensen för miljön, om den innehåller förutsättningar för att fungera som en stödjande miljö utifrån triangeln om stödjande miljöer (Grahm, 2001), om den innehåller båda delarna i en hälsoträdgård i form av en terapeutisk och en restaurativ del (Bengtsson & Grahm, 2014) samt om det förekommer *varsam* och/eller *inspirerande design* (Bengtsson & Carlsson, 2006).

4.1.2.2 DAGBOKSENKÄT

Trost (2012) skriver att en enkät många gånger kan likna en personlig intervju, men med den skillnaden att den som svarar på frågorna själv fyller i svaren och att intervjuaren inte är med. Detta är en bra beskrivning av dagbokenkäten som användes i detta arbete.

Syftet med dagbokenkätena var att kartlägga det fysioterapeutiska bruket av utemiljön, både på individ- och gruppnivå. Jag ville bland annat kartlägga *hur mycket* utemiljön används, *vilken typ av interventioner* som sker utomhus, *vilka element* som är av betydelse vid interventionerna, *vilka patienter* som erbjuds utomhusfysioterapi och *var* i miljön de sker. Via en gemensam mall fyllde fysioterapeuterna i samtliga utomhusinterventioner under några veckor. De använde en dagbokenkät per intervention. (Se mallen i bilaga 8.1.) De markerade också på en karta var interventionen ägde rum.

4.1.2.3 GÅTURSINTERVJU

För att få en mer komplett bild av fysioterapeuternas bruk av utemiljön så kompletterades dagbokenkätena med en gåtursintervju med de tre fysioterapeuterna i team 3.

Gåtursintervju eller promenadintervju, som den också kallas, är en metod som har använts till att utvärdera byggnader och bostadsområden. Genom att promenera runt samtidigt som samtal förs om miljön utvärderas området. Ofta kompletteras det med andra metoder som till exempel enkäter och uppföljande intervjuer, vilket skedde i detta arbete. Syftet med kartläggning via gåtursintervju kan vara såväl indikativt, generellt som diagnostiskt. I detta arbete kan syftet med gåtursintervjun anses vara diagnostisk. Målet har varit att kartlägga aktuell status på utemiljön för att i nästa steg kunna identifiera viktiga egenskaper som behövs för att utveckla tillgängliga och användbara platser för fysioterapeutisk rehabilitering. Inte sällan leder utvärderingen efter en gåtursintervju till förslag på åtgärder för att förbättra miljön, vilket också skett i detta arbete i form av utvecklingsförslag i diskussionen. En gåtursintervju kan göras med såväl brukare som experter. Utvärderingen med de sistnämnda blir ofta mer fördjupad (de Laval, 2004). I detta arbete är de intervjuade

fysioterapeuterna att betrakta som experter, de besitter god kompetens på området, både genom förvärvad kunskap och erfarenhet. Gåtursintervjun anpassades till syftet med studien, vilket innebar att jag frångick vissa rekommendationer som till exempel att ha en förbestämd rutt med bestämda stopp.

Mina instruktioner till de deltagande fysioterapeuterna var att vi skulle promenera runt i utemiljön. De fick styra rutten och uppmanades att berätta för mig hur de använder utemiljön i sitt kliniska arbete, motivera val av plats samt berätta om styrkor och svagheter i miljön. Jag bad dem att leda samtalet, men förberedde dem på att jag kunde komma med frågor. Gåturintervjun filmades av mig. I början av intervjun spelade en av fysioterapeuterna patient, men ganska snart övergick intervjun till att vara ett samtal och fysisk demonstration av hur de använder utemiljön. Vi rörde oss i zon tre, trädgården och samtalet flöt lätt. Intervjun tog ca en timme att genomföra.

4.1.2.4 TILLGÄNGLIGHETSANALYS

Efter dagboksenkäterna och gåtursintervjun blev det tydligt att tillgänglighetsproblem var ett centralt tema i utomhusmiljön på rehabiliteringscentret och det blev nödvändigt att inkludera en analys av detta i arbetet. Syftet med en tillgänglighetsanalys är att kartlägga hur miljön fungerar för människor med varierad funktion. Funktioner kan innebära allt ifrån fysiska funktioner, kognitiva funktioner, nedsatt syn eller hörsel, psykiska eller neuropsykiatriska funktioner. Klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) definierar funktionsnedsättningar (impairments) som ett problem i kroppsfunktioner i form av en påvisbar avvikelse eller förlust. För att kategorisera patienternas olika fysiska funktionsnedsättningar så användes ICF:s enhetliga bedömningsfaktor med negativ skala:

- **0 INGEN** funktionsnedsättning (klarar 95-100 % av fullständig funktion)
 - **1 LÄTT** funktionsnedsättning (klarar 76-95 % av fullständig funktion)
 - **2 MÅTTLIG** funktionsnedsättning (klarar 51-75 % av fullständig funktion)
 - **3 SVÅR** funktionsnedsättning (klarar 6-50 % av fullständig funktion)
 - **4 TOTAL** funktionsnedsättning (klarar max 5% av fullständig funktion)
- (Socialstyrelsen, 2001)

Jag hittade inget färdigt analysverktyg, så jag skapade ett eget. Med Västra Götalandsregionens riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet (2015), ICF:s funktionsnivåer (Socialstyrelsen, 2001) och Bakkes miljö som utgångspunkt så komponerades en mall. Utifrån materialet från dagboksenkäterna och gåtursintervjun så valdes tio platser i utemiljön ut för att analyseras. Platserna som valdes låg i zon tre, trädgården, eller zon två, övergångszonen. Anledningen till att det uteslutande valdes platser i zon två och tre var att de områdena framkommit som de mest prekära i dagboksenkäterna och gåtursintervjun. Fem av platserna var in/utgångar, en plats var en ramp och de övriga fyra var stråk mellan platser. Platserna beskrivs i resultatet. Det dokumenterades vilka hjälpmedel respektive patient använde. Två av amputationspatienterna använde manuell rullstol, en hade benprotes och gick utan

hjälpmedel, en strokepatient använde sig av en krycka och den andra gick med rollator. De fem deltagande patienterna filmades när de rörde sig på platserna och respektive utförande analyserades, dels genom att i ord beskrivas och dels genom att klassas i grönt, gult eller rött. Indelningen i dessa färger är inspirerad av Västra Götalandsregionen riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet (2015). Riktlinjerna berör såväl inomhus- som utomhusmiljöer. Grön standard innebär att det är tillgängligt för nästan alla, gul standard innebär att det är tillgängligt för några, men inte för alla och röd standard innebär att det inte är tillgängligt (se tabell 4:1). Översatt till analysen i detta arbete så betydde grönt att patienten klarade uppgiften problemfritt, gult att patienten klarade uppgiften, men inte utan problem och rött att patienten inte klarade uppgiften eller med stora problem. Det gjordes en sammanställning av tillgängligheten, både på individnivå (se tabell 5:2) och grupp-nivå (se figur 5:4). Kriterierna för att platsen skulle bli grön i sammanställningen på grupp-nivå var att den fick ha maximalt ett gult fält och övriga gröna. Så fort en plats hade ett rött fält så klassades den som röd.

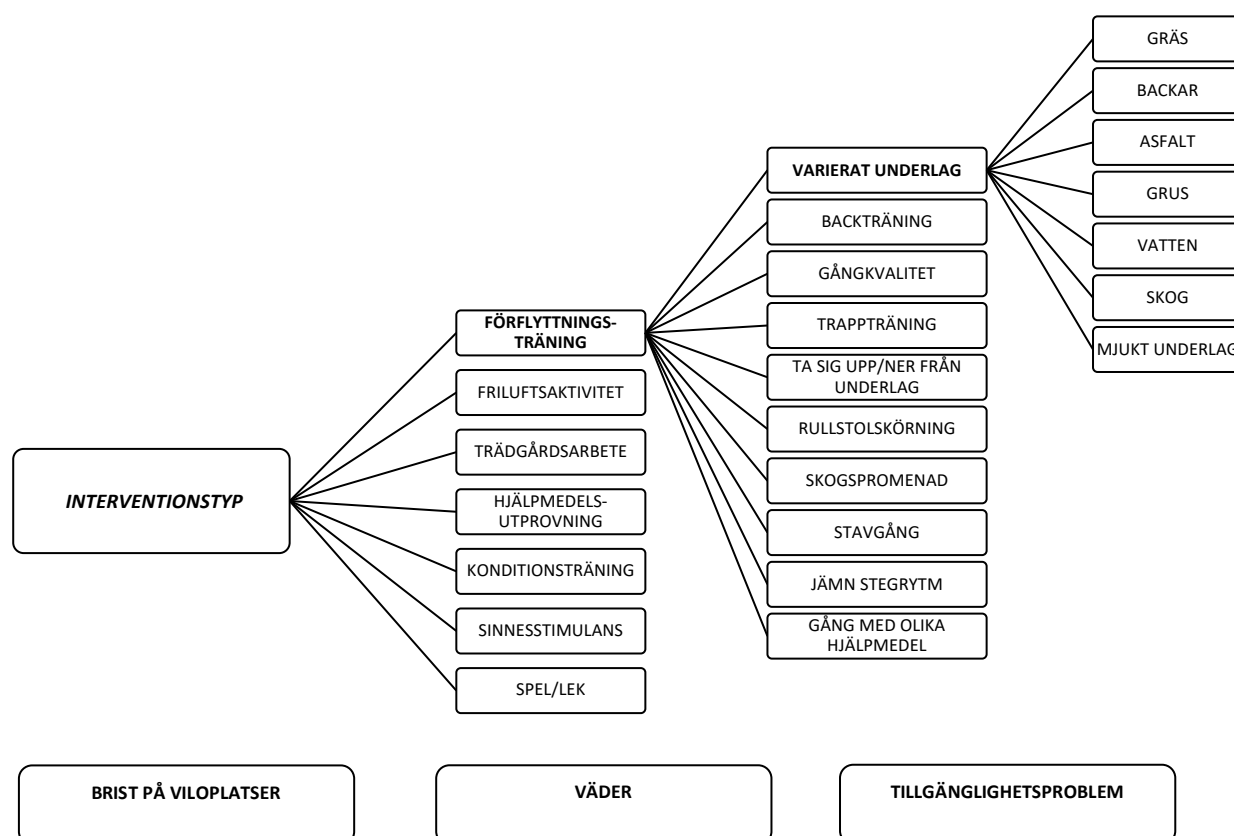
GRÖN STANDARD	GUL STANDARD	RÖD STANDARD
Tillgängligt för nästan alla. Grön standard anger vilka behov som måste uppfyllas för att uppnå tillgänglig och användbar miljö. Föreskrifter anger att miljöer ska vara tillgängliga och användbara. Vad som menas med tillgängliga och användbara i den gröna standarden, är baserat på lagkrav och erfarenheter och motsvarar ett skallkrav. I de fall lagkrav och erfarenheter sammanfaller, finns endast en grön nivå.	Tillgängligt för några men inte för alla. Gul standard anger miniminivå på tillgänglighet och användbarhet.	Ej tillgängligt: Röd standard uppfyller varken lagkrav eller erfarenheter.

Tabell 4:1: Västra Götalands indelning av fysisk tillgänglighet. (Västra Götalandsregionen, 2015)

4.1.3 DATABEARBETNING

Informationen i dagbokenkäterna sammanställdes genom att all fakta matades in i ett Googlebaserat frågeformulär. Frågeformuläret var en kopia av mallen för dagbokenkäten, med undantag för kartan där det markerades var intervention skett. Resultatet av frågeformuläret skrevs ut och relevant statistik från de kvantitativa frågorna sammanställdes, till exempel det totala antalet interventioner, förekomsten av olika typer av interventioner och vilka element som varit viktiga. De kvalitativa (öppna) frågorna analyserades med metoden tematisk analys. Tematisk analys är en metod för att analysera kvalitativ data och syftar till att identifiera, analysera och rapportera mönster inom data. Fördelen med den tematiska analysen är att den inte är kopplad till någon förbestämd teori och därför kan användas till olika typer av analyser (Braun & Clarke, 2006). Den tematiska analysen i detta arbete har en teoretisk tillnärmning, vilket betyder att det inkomna materialet har analyserats med en specifik fråga som utgångspunkt. I detta arbetet var frågan hur fysioterapeuterna använder sig av utemiljön. En steg-för-steg-guide i tematisk analys ser ut som följer: *Göra dig känd med din data, ta fram koder, leta efter teman, ompröva teman, definiera och namnge teman, producera rapporten.*

Gåtursintervjun bearbetades genom att filmen sågs flertalet gånger. Det som blev sagt i filmen transkriberades. Det gjordes en tematisk analys av det transkriberade materialet och tillvägagångssättet var att materialet lästes igenom upprepade gånger samtidigt som gemensamma nämnare markerades. Dessa blev till koder och till slut utkristalliserades teman. De slutliga temana blev *interventionstyp*, *förflyttningsträning*, *varierat underlag*, *brist på viloplatser*, *väder* och *tillgänglighetsproblem* (se figur 4:1). Temana *interventionstyp*, *förflyttningsträning* och *varierat underlag* har ett hierarkiskt förhållande till varandra. *Brist på viloplatser*, *väder* och *tillgänglighetsproblem* är fristående.



Figur 4:1: Här åskådliggörs resultatet av den tematiska analysen. Orden i förstärkt svart är teman. Temana *interventionstyp*, *förflyttningsträning* och *varierat underlag* har ett hierarkiskt förhållande till varandra. *Brist på viloplatser*, *väder* och *tillgänglighetsproblem* är fristående teman.

Alla typer av interventioner som framkom i dagboksenkäterna och gåtursintervjun sammanställdes. Varje interventionstyp matchades till de funktionsnedsättningsnivåerna som patienterna som kan nyttogöra sig interventionen har, med syfte att få fram antal och typ av miljöerbjudanden/interventioner relaterat till patientens funktion. Filmerna från tillgänglighetsanalysen sågs flertalet gånger och resultatet av varje persons utförande klassades i grönt, gult eller rött, utifrån tidigare nämnda definitioner av varje färg. Det som blev sagt av patienterna skrevs också ner.

Avslutningsvis skapades en tabell (se bilaga 8:2) där allt inkommit material från dagboksenkäter, gåtursintervju och tillgänglighetsanalys sorterades i styrkor och svagheter i utemiljön. Begreppen från *varsam* och *inspirerande* design var strukturell utgångspunkt, med tillägg av några rubriker som saknades. Begreppen i *varsam* design kom att kompletteras av rubrikerna *möjlighet till att vila*, *förflyttningsvägar* och *hjälpmedel*. Dessutom kom begreppet *nära och enkelt* att kompletteras med ordet *tillgängligt*. Begreppen i *inspirerande* design kom att kompletteras av *variation i miljöerbjudanden för att locka till fysisk aktivitet* och *underlag*.

4.2 RAMAR OCH AVGRÄNSNINGAR

Studien är ett av de första stegen till att identifiera behov vid utomhusfysioterapi, relaterat till patientens fysiska funktion. Det har gjorts en medveten avgränsning till fysisk funktion trots att patienterna kan ha andra funktionsnedsättningar som är av betydelse för hur mycket de kan nyttogöra sig en utemiljö. Till exempel kan en strokepatient ha en hög fysisk funktion samtidigt som den är starkt kognitivt påverkad och därmed kanske inte kan orientera sig i miljön. Detta kan anses som en brist, men det var nödvändigt för att få studien på en hanterbar nivå. Dessutom är det den fysiska funktionen som är kärnan i det som fysioterapeuten jobbar med. Fysioterapeuternas och i viss mån patienternas perspektiv har inkluderats, dels genom att fysioterapeuterna speglar patienternas behov och dels genom att patienter deltog i tillgänglighetsanalysen. Andra professioner använder sig också av utemiljön i rehabiliteringen av patienter, men dessa exkluderades också för att få det på en hanterbar nivå.

Då jag varit tjänstledig från mitt jobb som klinisk sjukgymnast sedan hösten -14 så anser jag mig ha en nyttig distans som underlättat för mig att kunna använda mig av fysioterapeuterna – mina kollegor - som informationskällor. Miljön var välkänd för mig sedan tidigare, vilket var både en fördel och nackdel. Fördelen var att jag redan var bekant med miljön och nackdelen att det fanns en risk att hamna i förutfattade meningar. För att undvika det sistnämnda så har miljön analyserats upprepade gånger, vid olika tidpunkter och genom såväl reella besök som via kartor, bilder och filmer.

4.3 ETISKA ASPEKTER

Arbetet var ursprungligen inte tänkt att inkludera patienter, men i och med att behovet av tillgänglighetsanalysen kom upp så ändrades detta. Jag bedömde att det var etiskt acceptabelt att tillfråga patienter om deltagande eftersom jag, i samband med ett annat projekt på mitt jobb, skrev till Regional komité för medicinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) och frågade om det behövdes sökas etiskt tillstånd. I det projektet ingår en variant av samma tillgänglighetsanalys. De svarade att eftersom syftet med projektet var att ta i bruk ett positivt och verksamt rehabiliteringsverktyg (mer uterehabilitering) och därefter mäta om det fungerar så bedömde de att projektet INTE omfattas av helseforskningslovens verksamhetsområde och därför kan genomföras utan REK-godkännande. Jag var noga med att poängtera för patienterna att de kunde tacka nej till att delta och att all information skulle behandlas konfidentiellt och inga namn uppges. Jag informerade dem om att

utförandet skulle filmas, men att bara jag skulle se filmerna. Samtliga deltagare som tillfrågades tackade ja till att delta.

5 RESULTAT

5.1 UTEMILJÖNS KVALITETER OCH PROBLEM

Rehabiliteringscentret ligger i ett område som är uppskattat för sin natur. Preferensen för miljön, både hos patienter och anställda, är erkänt hög. Detta kan förklaras av att platsen innehåller flera av de fyra variabler som Hägerhäll (2005) nämner som viktiga: 1. *variation i topografi* 2. *hur öppet eller slutet landskapet är* 3. *huruvida det finns synligt vatten eller inte* 4. *om naturen består av natur eller av människan tillverkade objekt*. Hela området är kraftigt kuperat, fjälltoppen ligger på 153 meter över havet och andra områden i miljön ligger på havsnivå (se A och B i figur 5:1). Landskapet innehåller både öppna och slutna delar i form av bland annat åkrar och skog. Bara ett 100-tal meter från rehabiliteringscentret ligger Idefjorden och man kan se den från stora delar av trädgården runt rehabiliteringscentret (se B i figur 5:1). Det finns ett 20-tal villor, alltså av människan tillverkade objekt, men den vackra naturen är det som de flesta lägger märke till och kommer ihåg. Kaplans (1982) fyra karaktäristikan som de kopplar ihop med preferens, *sammanhang*, *komplexitet*, *läslighet* och *mystik* kan hittas i miljön. Utemiljön innehåller stor variation, men är samtidigt lätt att förstå och man ser hur den hänger ihop. Det finns mystiska element som lockar till att upptäcka mer. Fjälltoppen är ett exempel på en plats som lockar flera och det kan förklaras med att den erbjuder både utsikt och skydd, vilket Appleton (1975) nämner som viktiga element vid val av plats.

Samtliga åtta parkkaraktärer är representerade om man inkluderar både zon tre och fyra, alltså både trädgården och omgivningen lite längre bort. Flera områden innehåller *vild natur*. På stranden vid campingen får man känslan av att komma in i en annan värld, där kan man sitta och låta tankarna flyga i väg, *rymd* (se C i figur 5:1). Både zon tre och fyra är *artrik*, den första i organiserad form och den sista med naturen själv som skapare. Den stora gräsplanen framför terrassen är en typisk öppen yta som är lätt att överblicka, en *vidd* eller *allmänning* (se E i figur 5:2). Det är också en *social* plats, där till exempel boccia spelas (se F i figur 5:2). Hela området har en stark historia av stenbrytning vilket syns i miljön på många ställen (se D i figur 5:1). Detta är ett exempel på *kulturinslag* och anknytning till det förflutna som Bengtsson och Carlsson (2006) talar om i sin *inspirerande design*. Zon fyra innehåller de flesta av begreppen i *inspirerande design*. Till exempel så erbjuder campingen kontakt med livet i omgivningen och sociala möjligheter. En av fysioterapeuterna i gåtursintervjun berättade: "Vi har patienter som blir bästa vän med campingplatsen, som dricker kaffe dagligen med campinggäster och lite sådant".

Både miljön i zon tre och fyra innehåller Lynchs (1964) fem orienteringsbegrepp, *stigar*, *platser*, *landmärken*, *noder* och *gränser*, vilka också är del av *varsam design*. Det tydligaste landmärket i zon tre är en ek som går under begreppet *den stora eken* (se G i figur 5:2 och figur 5:3). *Den stora eken* är en vanlig samlingsplats och många har berättat om betydelsen av trädet. Eken kan kopplas till det som kallas *symbolism*, den minner om tidens gång och står där stor och stark trots hög ålder. De starka känslorna kan kopplas till *topofilia* eller *place attachment*. Kärleken till eken har vuxit fram genom upprepade rehabiliteringsvistelser

för många patienter. En patient berättade att eken var det som betydde mest i hennes rehabilitering. Att sätta sig under den och bara vara var viktigare än annan träning. Samma patient skrev en dikt om eken och dess betydelse efter avslutad rehabilitering. Andra iögonfallande element i zon tre är en grillkåta, en boulebana som inbjuder till sociala möjligheter, en asfalterad gångväg runt huset, flera in-/utgångar, variation i växter, en liten damm och några platser med sittmöbler (se F, H, I och J i figur 5:2).



Figur 5:1 : Flygfoto över rehabiliteringscentrets omgivning. A = Fjälltoppen, B= Ideffjorden, C= Campingen, D = Stenbrott



Figur 5:2: Flygfoto över den direkta trädgården vid rehabiliteringscentret. E = Den stora gräsyta, F = Boulebana, G = Den stora eken, H = Grillkåta, I = In-/utgångar J = Sittplatser (Kartverket, u.d.)



Figur 5:3: Den stora eken, både är ett viktigt landmärke och en symbol i utemiljön.
(Foto: med tillstånd från Unicare Bakke u.d.)

Sett ur perspektivet att en hälsoträdgård bör innehålla såväl en restorativ som en terapidel (Grahn & Bengtsson, 2014), så kan det konstateras att zon tre, trädgården, brister när det gäller möjligheten till återhämtning. Kaplans (1982) talar om fyra kvaliteter som är viktiga för att en miljö ska kunna ha en återhämtande effekt; *fascination, rymd, komma bort från vardagen* och *överensstämmelse med ens värld*. I zon tre är ytorna mestadels öppna och kvaliteten *komma bort* är svår att finna. Zon fyra, omgivningen lite längre bort, innehåller element som indikerar potential för återhämtning, en restorativ del, men hela denna miljö är svårtillgänglig för patienter med måttlig till svår funktionsnedsättning. Konklusionen blir att miljön som helhet innehåller möjligheter till både terapeutiska aktiviteter och återhämtning, men den är inte tillgänglig för alla. Zon tre brister också i förhållande till *varsam design*, speciellt vad gäller begreppen *trygghet och säkerhet, nära och enkelt* och *erbjudande i alla väder*. Bristen på de två förstnämnda begreppen beskrivs närmare i resultatet från tillgänglighetsanalysen. I förhållande till brist på erbjudanden i alla väder så finns det inga utomhusutrymmen som är under tak. Detta medför att många områden blir riskfyllda vid dåligt väder. Rullstolsrampen utanför matsalen är av trä och den blir hal i både vått och kallt väder (se plats 3 i tabell 5:1). I tabell 5:1 följer en beskrivning de tio platserna som analyserades i tillgänglighetsanalysen.

5.1.1 PROBLEMLATSER I UTEMILJÖN

I anläggningen finns ett antal platser som i dagboksenkäterna och gåtursintervjun framkom som särskilt problematiska eller på andra sätt undermåliga i förhållande till den potential denna plats skulle ha haft om den varit utformad på annat sätt. Här följer en beskrivning och genomgång av problematiken som ligger till grund för en mer ingående tillgänglighetsanalys.

1. HUVUDINGÅNGEN



Denna entré är huvudingång i huset. Här kommer alla in när de ankommer till rehabilitering. Den består av två automatiska dörrar som öppnar sig med sensor, såväl inifrån som utifrån. Vid gåtursintervjun framkom att dörrarna ibland öppnar och stänger sig som de vill, vilket skapar otrygghet för patienterna.

2. IN-/UTGÅNG VID MATSALEN



Denna in/utgång är central i förhållande till att nå viktiga områden i utemiljön. In/utgången leder till terrassen med vacker utsikt över trädgården och Idefjorden. In/utgången är den närmaste till aktivitetsrummet, den stora gräsplanen med boulebanan, de upphöjda odlingsbäddarna och den stora eken. Den består av en dörr som öppnas med ett manöverdon inifrån och via en rörelsesensor utifrån. Dörren är öppen i 20 sekunder. Man passerar två trösklar med en höjd på 2,5 cm, för att ta sig in/ut. I gåtursintervjun sades att svårigheterna gör att man inte förlägger aktiviteter i de delar av trädgården som denna in/utgång leder till, det är för kostbart, både i tid och energi. Platsen beskrivs som att den "borde" vara lättillgänglig i förhållande till var den ligger.

3. TRÄRAMP FRÅN UTGÅNGEN VID MATSALEN



Man kommer till rampen när man passerat in/utgången i plats 2 och ska till trädgården eller omvänt. Rampen leder till en central del av utemiljön, med aktivitetsrum, den stora gräsmattan, de upphöjda odlingsbäddarna samt den stora eken. Rampen är av trä, är ca 8 m lång och har en lutning på ca 5 grader. Den har ledstång på höger sida ner och vänster sida upp som sitter på en höjd av 110 cm. I gåtursintervjun framkom att denna ramp upplevs som både svår och farlig av såväl behandlare som patienter och därför ofta exkluderas som alternativ väg. Också här beskrivs platsen som att den "borde" vara lättillgänglig i förhållande till var den ligger.

4. INGÅNG TILL AKTIVITETSNUM



För att komma till aktivitetsrummet måste man gå ut ur huvudbyggnaden. Kortaste vägen är via in/utgången i plats 2 och trärampen i plats 3. Man kan komma dit via alla in/utgångar, men då blir sträckan längre. Samtliga vägar är under öppen himmel, vilket fysioterapeuterna i gåtursintervjun uppgav ger problem i dåligt väder. Vid ingången till aktivitetsrummet är det en svag lutning uppför. Dörren in är 80 cm, vänsterhängd, manuell och öppnas utåt. För att komma in måste man passera en tröskel på ett par cm. I gåtursintervjun framkom att denna plats är problematisk, vilket gör att flertalet patienter exkluderas från aktiviteter där aktivitetsrummet används.

5. FÖRFLYTTNING PÅ GRÄSET TILL BOULEBANAN



För att förflytta sig till boulebanan måste man gå/rulla på gräset i ca 20 m. Terrängen lutar svagt nedför. Boulebanan uppgavs som svårtillgänglig av flera av fysioterapeuterna, både i dagboksenkäterna och gåtursintervjun. Huvudanledningen till den svåra framkomligheten uppgavs vara gräs som underlag.

6. FÖRFLYTTNING FRÅN BOULEBANA TILL UPPHÖJDA ODLINGSBÄDDAR OCH VIDARE TILL GÅNGBANAN VIA DEN STORA EKEN



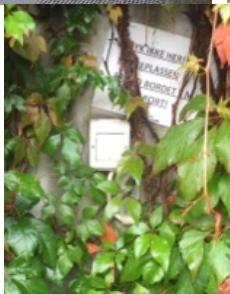
Förflyttningen innebär att gå/rulla på gräset i ca 40 m. Från boulebanan till odlingslådorna lutar terrängen svagt nedför. När man närmar sig odlingslådorna så kommer en kant på ca 1 dm och om man vill undvika den måste man köra ca 10 m extra. Från odlingslådorna till den asfalterade gångvägen passerar man en smal passage och måste gå/rulla några meter över berg. Fysioterapeuterna i både dagboksenkäterna och gåtursintervjun uppgav svårigheter med framkomligheten, speciellt för de med rullator och manuell rullstol, men också för andra med nedsatt balans. Också här var huvudanledningen till den svåra framkomligheten gräs som underlag.

7. PROMENADSTRÅK FRÅN DEN STORA EKEN TILL INGÅNGEN PÅ BAKSIDAN



För att förflytta sig från den stora eken till ingången på baksidan, via den asfalterade vägen, så måste man ta sig ca 100 m. I början är asfalten trasig och ojämn. Efter ca 10 m kommer man till en backe som är ca 30 m lång och som har en kraftig lutning. Fysioterapeuterna i gåtursintervjun uppgav att denna del är den mest kritiska på rundan runt huset, en del "fastnar" i backen.

8. IN-/UTGÅNGEN VID 600-GÅNGEN



Denna in/utgång leder ut till baksidan av den stora byggnaden. Dörren öppnas via manöverdon. Knappen på utsidan är gömd i växtligheten och kan vara svår att upptäcka, speciellt i grönskande tider. På vägen in/ut måste man passera ett galler. Dörren är öppen i 24 sekunder när man tryckt på knappen/dragit i pinnen. För att öppna dörren inifrån måste man dra i en vit pinne. Denna hänger framför en vit vägg och kan vara svårt att se. Fysioterapeuterna uppgav in/utgången som en viktig "nödingång" för de patienter som inte orkar gå hela rundan runt huset. In/utgången är den enda på baksidan av huset. De sa också att alla inte hittar manöverdonet på utsidan.

9. IN-/UTGÅNGEN VID TRÄNINGSSALEN



Denna in/utgång öppnas med väl synliga manöverdon. På vägen in/ut måste man passera ett galler. Dörren är öppen i 18 sekunder när man tryckt på knappen. Fysioterapeuterna i gåtursintervjun uppgav denna in/utgång som problematisk samtidigt som den är viktig när fysioterapeuterna ska ha utomhusfysioterapi. Den ligger i direkt anslutning till träningssalen inomhus, stället där patienterna möter upp för träning.

10. FÖRFLYTTNING FRÅN TRÄNINGSSALEN TILL HUVUDINGÅNGEN



Denna sträcka är ca 150 m och är asfalterad eller stenbelagd. Det finns några ojämnheter i asfalten på några ställen och det är en svag lutning på delar av vägen. De sista 20 metrarna fram till huvudingången har värmeslingor, vilket gör att det inte fryser och blir is där. Fysioterapeuterna i gåtursintervjun uppgav att asfaltens ojämnheter bjuder på farligheter.

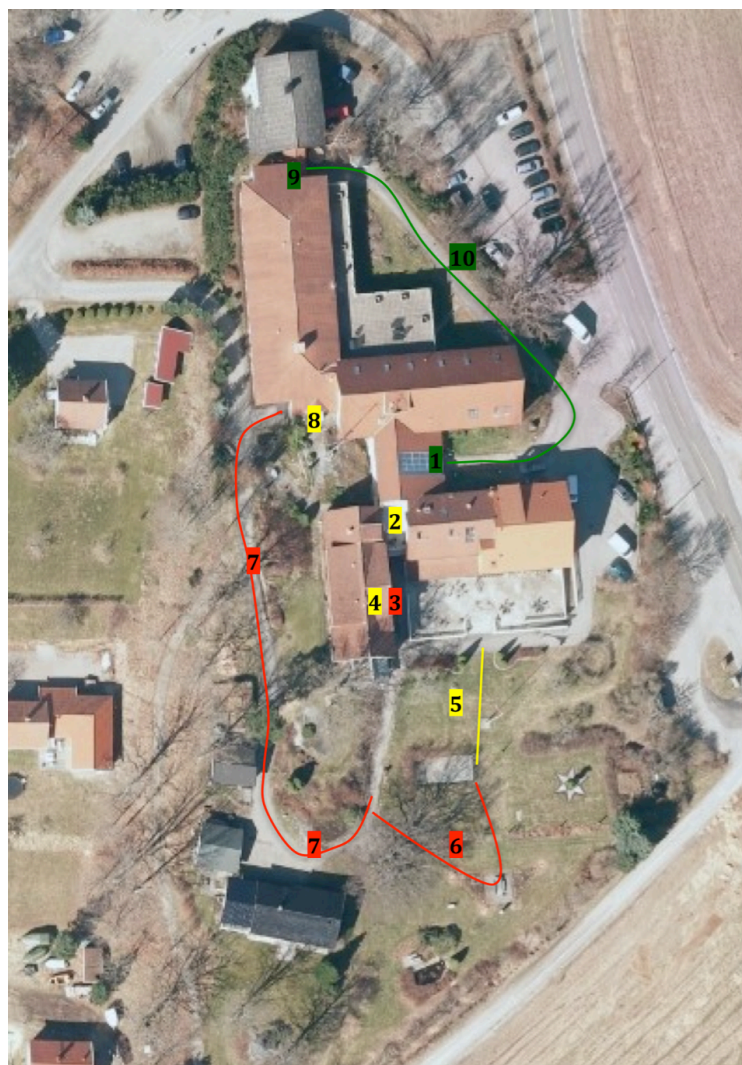
Tabell 5:1: Problematplatser i utemiljön till rehabiliteringscentret. (Foto: Lundmark 2017)

5.1.1.1 TILLGÄNGLIGHETEN PÅ PROBLEMATPLATSERNA

I analysen av tillgänglighet, som skedde i form av att fem patienter filmades på de tio ovan beskrivna platserna, blev det totalt 29 (58%) gröna fält, det vill säga att patienten klarade uppgiften problemfritt, 17 (34%) gula fält, patienten klarade uppgiften men inte utan problem och 4 (8%) röda, patienten klarade inte uppgiften eller med stora problem (se tabell 5:2). Mest otillgänglig var förflyttningen på plats 7, gångvägen från den stora eken till in-/utgången på baksidan och det som var problematiskt var uppförsbacken. Båda rullstolspatienterna, D och E, fick stopp i backen och var tvungna att få hjälp för att komma hela vägen upp. Anledningen var att lutningen var för stor i förhållande till patienternas fysiska styrka i överkroppen. Förflyttningen i plats 6, från boulebanan till gångbanan, bjöd också på problem för E, rullstolspatienten med en funktionsnedsättning som motsvarar 2-3, det vill säga måttlig till svår. När slutningen nedåt i gräset avtog och han inte fick någon hjälp av tyngdkraften så klarade han inte längre att ta sig fram. Han blev stående och var tvungen att få hjälp för att komma vidare. Samme man upplevde den frostbelagda trärampen på plats 3 som så otrygg och osäker att han inte ens ville prova att ta sig ner. De två strokepatienterna, A och B, med funktionsnedsättningar på 1 respektive 2, upplevde trärampen som otrygg av samma orsak. Detta är ett typiskt exempel på avsaknad av det Bengtsson (2015) kallar *trygghet och säkerhet* i sin *varsamma design*. På plats 2 föranledde trösklarna bekymmer för samtliga utom patient C. Också här var det otrygghet som uppgavs vara problemet. De kom över dem, men upplevde det inte som riskfritt. In-/utgångarna på plats 1, 8 och 9 fungerade ganska bra, några hade problem med att hitta manöverdonen till de elektriska dörröpparna.

Såväl patient A, B som D och E hade problem när de skulle in i aktivitetsrummet. Dels är dörren smal, vilket gör det problematiskt när man sitter i rullstol eller använder rollator och dels så lutar det svagt nedför när man ska ut från rummet och då upplevde de rullstolsburna att det var risk för att rulla in i sidan på trärampen som bara är någon meter bort. Än en gång handlade den bristande tillgängligheten om otrygghet. Båda rullstolspatienterna, D och E, poängterade att anledningen till att förflyttningen på plats 5, på gräset till boulebanan, inte bjöd på stora problem var att det var fruset i backen. Båda har erfarenhet av rehabilitering vid tidpunkter då backen är mjukare och då är det svårt att ta sig fram med rullstol på samma sträcka. Den totala sammanställningen blev att platserna 1, 9 och 10

klassades som gröna, tillgängliga för alla. Platserna 2, 4, 5 och 8 klassades som gula, tillgängliga för de flesta och plats 3, 6 och 7 klassades som röda, bara tillgängliga för några (se figur 5:4). Anledningen till att plats 5 klassades som gul, trots "bara" ett gult resultat var med anledning av att patienterna i rullstol vittnade om att de inte klarat att ta sig fram om backen inte varit frusen.



RESULTAT AV ANALYSEN

XXX = tillgängligt för alla
 XXX = tillgängligt för de flesta
 XXX = tillgängligt för några

1. HUVUDINGÅNGEN

2. UTGÅNG VID MATSALEN

3. TRÄRAMP

4. INGÅNG TILL AKTIVITETSNUM

5. FÖRFLYTTNING PÅ GRÄSET TILL BOULEBANA

6. FÖRFLYTTNING FRÅN BOULEBANA TILL GÅNGBANAN

7. FÖRFLYTTNING FRÅN DEN STORA EKEN TILL INGÅNGEN PÅ BAKSIDAN

8. IN-/UTGÅNGEN PÅ BAKSIDAN

9. IN-/UTGÅNGEN VID TRÄNINGSSALEN

10. FÖRFLYTTNING FRÅN TRÄNINGSSALEN TILL HUVUDINGÅNG

Figur 5:4: Sammanfattande resultat av tillgänglighetsanalysen.

Tillgänglighetsanalysen sammanställdes också på individnivå (se tabell 5:2). Där kan man se att patienten som klassades med en funktionsnivå på 0-1 enligt ICF inte hade några problem på någon av platserna, hela miljön var tillgänglig för honom. Däremot så ser man att redan för de som har en lätt funktionsnedsättning så börjar tillgänglighetsproblemen. Patient A, som klassades med en lätt funktionsnedsättning fick fem gula fält och patient D, med en funktionsnedsättning på 1-2, fick två gula fält och ett rött. Patient B, som klassades med en funktionsnedsättning på 2, fick åtta gula fält. Hans huvudproblematik var nedsatt balans och det blev tydligt på varje plats, trots att han hade rollator att stötta sig på. Mannen med störst funktionsnedsättning, 2-3, var också den som fick flest röda fält, men han klarade å

andra sidan vissa platser utan problem, som de med lägre funktionsnedsättning hade problem med. Ser detaljerad sammanställning nedan.

SAMMANSTÄLLNING AV TILLGÄNGLIGHETEN PÅ VARJE PLATS OCH FÖR VARJE PERSON					
PATIENT	A	B	C	D	E
FUNKTIONSNEDSÄTTNING	Lätt	Måttlig	Ingen/ lätt	Lätt/ måttlig	Måttlig/ svår
FUNKTIONSNIVÅ ENLIGT ICF	1	2	0-1	1-2	2-3
DIAGNOS	Stroke	Stroke	Amput	Amput	Amput
HJÄLPMEDEL	Krycka	Rollator	Inga	Manuell rullstol	Manuell rullstol
1. HUVUDINGÅNG					
2. IN-/UTGÅNG VID MATSAL					
3. TRÄRAMP					
4. INGÅNG TILL AKTIVITETSNUM					
5. FÖRFLYTTNING PÅ GRÄSET TILL BOULEBANA					
6. FÖRFLYTTNING FRÅN BOULEBANA TILL GÅNGBANA					
7. FÖRFLYTTNING FRÅN STORA EKEN TILL INGÅNG BAKSIDAN					
8. IN-/UTGÅNG PÅ BAKSIDAN					
9. IN-/UTGÅNG VID TRÄNINGSSAL					
10. FÖRFLYTTNING FRÅN TRÄNINGSSAL TILL HUVUDINGÅNG					

Tabell 5:2: Varje patients utförande klassat i grönt (klarade lätt), gult (klarade med vissa problem) och rött (klarade inte alls eller med stora problem)

Sammanfattningsvis kan man konstatera att miljön brister vad gäller tillgänglighet och speciellt för de med lägre funktion. I analysen som gjordes blev det tydligt att det inte var högst klassad funktionsnedsättning som var den mest avgörande faktorn, utan bruket av manuell rullstol. Det var rullstolspatienterna som stötte på stora problem eller som inte alls klarade att utföra uppgiften (de röda rutorna). Många av de gula fälten kan kopplas till otrygghet. Flera av patienterna uppgav rädsla och otrygghet när de skulle utföra uppgiften, till exempel på grund av att underlaget på den frostbelagda rampen var i trä och därmed hal, för att trösklar var höga, eller asfalten ojämn.

Ett tema som kom fram i den tematiska analysen av både dagboksenkäterna och gåtursintervjun och som ytterligare bekräftar tillgänglighetsproblemen är bristen på tillräckligt många sittplatser/viloplatser. Vid analysen av utemiljön i zon tre kunde det konstateras att det finns nio platser med möbler att sitta på (se J i figur 5:2). Västra Götalandsregionen riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet rekommenderar sittplats ungefär var 25:e meter. Inga utemöbler i utemiljön står med så kort intervall och om man dessutom lägger till att flera av de befintliga sittmöblerna står på ställen som är svåra att komma till med rollator så är intervallet än större. De befintliga sitt/viloplatserna är dessutom ofta inte ändamålsenliga. Flera av dem är instabila och kan lätt välta, många upplevs som låga och de saknar i flera tillfällen armstöd att stötta sig på då man sätter sig och reser sig. Fysioterapeuterna i gåtursintervjun visade flera exempel på dåliga sittplatser (se exempel i figur 5:5). Om man ser på zon fyra med Västra Götalands standard för

tillgänglighet (2015) som utgångspunkt så uppfyller inget område kraven på full tillgänglighet, området är uteslutande gult eller rött, det vill säga bara delvis eller inte tillgängligt alls. Detta område analyserades inte närmare då det var för omfattande och då zon tre får anses som viktigast i prioriteringsordningen för rehabiliteringscentret. Tillgänglighet till zon fyra förutsätter god tillgänglighet i zon tre för patienterna.



Figur 5:5: En av fysioterapeuterna i gåturintervjun visar exempel på en otillgänglig och ostadig bänk. (foto: Lundmark 2017)

5.2 FYSIOTERAPEUTISKT BRUK AV UTEMILJÖN

5.2.1 PLATS FÖR INTERVENTIONERNA

Fysioterapeuterna är fria att inkludera utomhusinterventioner i den utsträckning de och patienten vill, den omgivande trädgården, zon tre och omgivningen längre bort, zon fyra. Dokumentationen i dagböckerna visade att fördelningen av fysioterapeutiska interventioner i zon tre och fyra var lik, 33 av de 67 dokumenterade interventionerna skedde i zon tre och 34 i zon fyra. Fysioterapeuterna dokumenterade i viss utsträckning på en karta var interventionerna ägde rum (se figur 5:6 och 5:7).



Figur 5:6: Fysioterapeuternas dokumentation av sina interventioner i zon fyra. Färgerna symboliserar de olika fysioterapeuterna och strecken visar turer de använt sig av. Strecken på vattnet visar var de har paddlat kanot.



Figur 5:7: Fysioterapeuternas dokumentation i zon tre. De olika färgerna symboliserar de olika fysioterapeuterna. Strecken visar på förflyttningar och prickarna på platsen för interventionen.

5.2.2 UTOMHUSINTERVENTIONERNAS KARAKTÄR

Den tidigare nämnda kliniska resonerandeprocessen som fysioterapeuten genomför är individuell för varje patient. Patientens funktion ligger till grund för vilket mål som blir satt och vilka interventioner som blir aktuella. I dagbokenkäterna tillfrågades fysioterapeuterna om vilka element/kvaliteter som var viktiga vid val av intervention. De olika alternativen var baserade på en kombination av Bengtsson och Carlssons (2006) *varsamma* och *inspirerande* kvaliteter. I 53 av de 67 dokumenterade interventionerna (84%) så uppgavs det vara av betydelse att interventionen var fysiskt utmanande, vilket kan sägas vara ett typexempel på hur fysioterapeuten jobbar. Ett mål sätts på en högre funktionsnivå än där patienten befinner sig och för att nå målet krävs en fysisk utmaning.

Den mest förekommande fysioterapeutiska interventionen var gångträning, i 49 av de 67 dokumenterade interventionerna förekom det, av olika slag. Det var ett tydligt tema i dagbokenkäterna, men temat kom att breddas till förflyttningsträning efter gåtursintervjun. I både dagbokenkäterna och i gåtursintervjun framkom olika typer av förflyttningsträning, som stavgång, rullstolskörning, trappträning, gå i backe och att ta sig upp/ner från olika underlag. En fysioterapeut i gåtursintervjun gav följande beskrivning av hur trappträning kan se ut:

Vi använder den där helvetestrappan (spiraltrappa), en ganska utmanande trappa att gå i. Vi börjar i den andra trappan och klarar de den så kan de gå upp till chefen (spiraltrappan är hans nödutgång). Det kan också vara så att vi går fyra trappsteg och går ner igen. Och kanten som du ser där (pekar) är också fin att använda eftersom det inte finns någon ledstång, då kan man träna på att gå ett trappsteg utan ledstång.

Ett annat tema, som uppgavs som en viktig kvalitet, var tillgången till olika underlag. Exempel som gavs var variationer i lutning, och variation i faktiskt underlag som gräs, asfalt, grus, vatten, skog och sten. De intervjuade fysioterapeuterna uppgav att det var en stor utmaning för de benamputerade, då de inte längre känner underlaget på det amputerade benet. De har behov av att lära sig hur proteser fungerar på olika underlag och bli trygga med det. Att den vanligaste typen av intervention är förflyttningsträning är föga förvånande, såväl ur ett fysioterapeutiskt som ur ett patientperspektiv. Rörelse eller funktion nämndes tidigare som centrala begrepp inom fysioterapivetenskapen (Broberg & Tyni-Lenné, 2016) och förflyttning är den funktion som människor är mest beroende av för att kunna interagera och leva. För att kunna och våga förflytta sig och göra det hemma så behövs träning och trygghet. Som en av fysioterapeuterna uttryckte det i gåtursintervjun:

Syftet med träningen är ju att förbereda patienterna för den verkliga världen och ibland kan en brant backe vara enda vägen att komma fram.

Friluftaktiviteter var den näst vanligaste interventionen och därefter kom spel/lek och trädgårdsaktiviteter. En tänkbar förklaring till att friluftaktiviteter kommer på andra plats är den norska befolkningens starka relation till natur och friluftsliv som tidigare avhandlats. Det kan också kopplas till den sociokulturella referensram som många i Norge har när de tolkar

miljöerbjudande. De ser sannolikt en större potential till friluftaktiviteter än vad många andra grupper skulle göra. När fysioterapeuterna fick kryssa av för kvaliteter/element som var av betydelse för interventionen så kom meningsfullt på andra plats, det kryssades för i 46 (73%) av interventionerna. Förklaringen kan härledas till Antonovskys (2007) känsla av sammanhang (KASAM). Han talar om att det viktigaste för att behålla hälsan är att upprätta en känsla av sammanhang, där meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet är grundpelarna.

5.2.3 UTMOMHUSINTERVENTIONER RELATERAT TILL PATIENTENS FUNKTION

Ovan återgavs var fysioterapeuterna förlägger utomhusinterventioner, vilken typ av interventioner de erbjuder och *viktiga kvaliteter* i interventionerna. Något som inte framgår är att val av plats och typ står i stark relation till patientens fysiska funktion.

Fysioterapeuterna i gåtursintervjun uppgav att det primära syftet med träningen utomhus var att förbereda patienterna på "världen utanför". De såg många miljöerbjudanden som kan hjälpa patienter med ingen eller liten funktionsnedsättning att nå dit, men de upplevde svårigheter med att förbereda de med måttlig till stor funktionsnedsättning på detta, då såväl antal som innehåll i miljöerbjudandena var begränsat på grund av

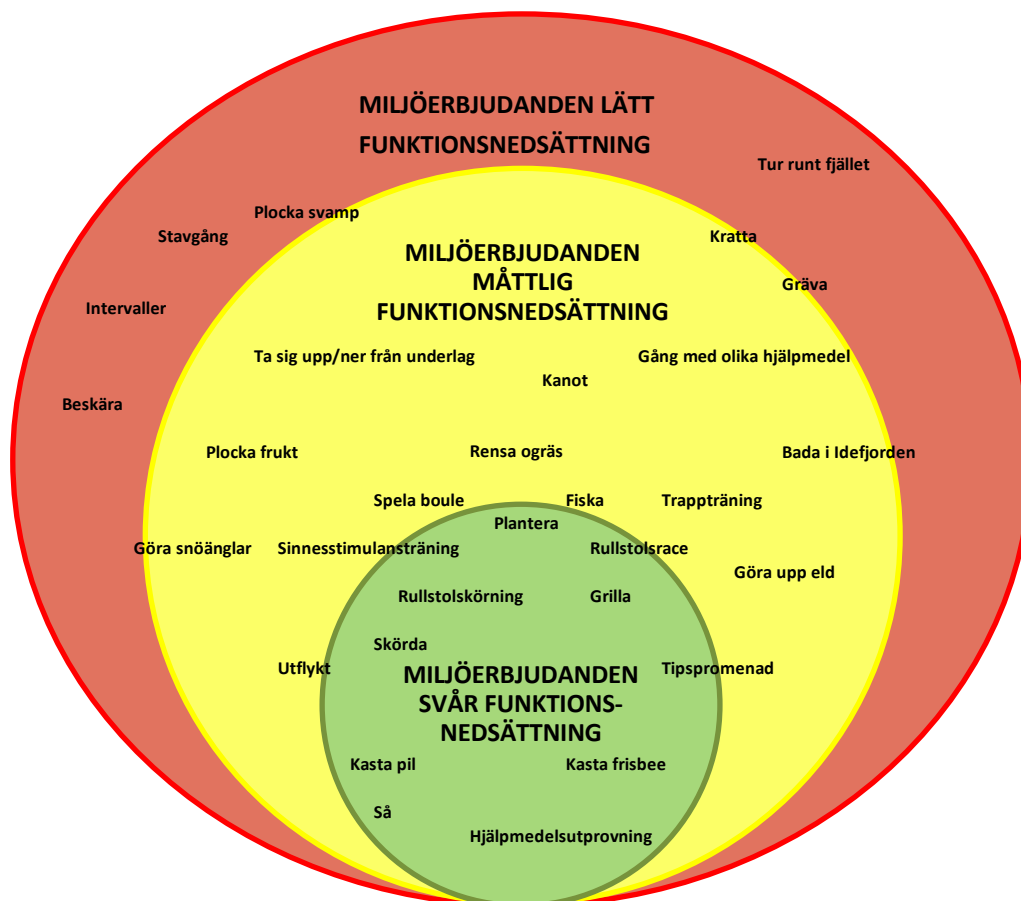
tillgänglighetsproblem. Som framkom i tillgänglighetsanalysen så minskade tillgängligheten när funktionsnedsättningen ökade, men den faktor som gjorde att det blev röda fält i tillgänglighetsanalysen kunde kopplas till bruk av manuell rullstol. Att köra en manuell rullstol kräver muskelstyrka i överkroppen i kombination med tekniska färdigheter.

Fysioterapeuterna i gåtursintervjun visade på flertalet platser i utemiljön som de menade var otillgängliga för rullstolsbrukare och flera av platserna var desamma som blev gula eller röda i tillgänglighetsanalysen. Resultatet av den otillgängliga miljön var dels att de med måttlig till svår funktionsnedsättning erbjuds utomhusfysioterapi i lägre utsträckning och dels att tillgänglighetsproblemen kompenseras genom att fysioterapeuterna och annan personal lägger kraft på att hjälpa patienterna att ta sig till svårtillgängliga platser, till exempel genom att putta på deras rullstol. De gav också exempel på hur de kompenserar för otillgängligheten med hjälpmedel:

Vi har ju två scootrar som kan göra att det som är otillgängligt blir tillgängligt. Det är ju det som ger frihet till patienten. Om patienten har en för låg funktion för att kunna gå så har vi möjligheten till att lära dem att använda scooter och på så sätt kunna följa med på aktiviteter, åka ner till fjorden, se lite på vattnet och känna att livet vänder tillbaka. Det att komma ut är otroligt viktigt och att själv kunna styra när det sker, i stället för att vara beroende av att något puttar på rullstolen. Vi har patienter som blir bästa vän med campingplatsen, som dricker kaffe dagligen med campinggäster och lite sådant.

Sammanställningen av tillgängligheten till de olika interventionstyperna relaterat till patientens funktionsnedsättning kan illustreras med hjälp av cirklar som ligger i varandra (se figur 5:8). I den totala cirkeln listas samtliga interventionstyper eller miljöerbjudanden som utemiljön på rehabiliteringscentret erbjuder. Tolkningen är att hela cirkeln, den röda + den gula + den gröna, visar vilka miljöerbjudanden som finns för de som har en lätt funktionsnedsättning, den gula + den gröna cirkel visar vilka miljöerbjudanden som finns för

de som har en måttlig funktionsnedsättning och den gröna cirkeln visar vilka miljöerbjudanden som finns för de med en svår funktionsnedsättning. Det blir tydligt att antal miljöerbjudanden för de med svår funktionsnedsättning är betydligt lägre än för de med en lätt funktionsnedsättning. Förklaringen till de stora skillnaderna är tvådelad. Några av interventionen som sådana ställer krav på en relativt hög funktionsnivå hos patienten, till exempel stavgång, medan andra interventioner erbjuds i miljöer som är svårtillgängliga, till exempel att bada i Idefjorden eller spela boule. Boule är i utgångspunkt en aktivitet som passar de flesta, då man också kan sitta ner för att utföra det, men på rehabiliteringscentret ligger boulebanan på gräsmattan, vilket föranleder tillgänglighetsproblem för många.



Figur 5:8: Antal och typ av miljöerbjudanden som återfinns i utemiljön, relaterat till patientens fysiska funktion och tillgänglighet.

5.2.4 VÄDRET

Vi går ut för att de ska känna hur fin världen är, känna att solen skiner, himlen är blå eller att det blåser, eller vad det nu gör.

Ovanstående citat är hämtat från en av fysioterapeuterna och belyser hur vädret bidrar till upplevelsen genom att aktivera de olika sinnen. Både Yantis (2014) och Hartig (2010) beskriver hur perceptionsignalerna identifieras, lagras i minnet och används i tanke och

handling. Denna uppfattning, värdering och mening och de handlingar/aktiviteter som de leder till bidrar till processer som skapar ett samband mellan miljön och hälsa (Hartig, o.a., 2010). Väderfaktorn framkom i både dagboksenkäterna och gåtursintervjun och kom att bli ett tema i den tematiska analysen. Patienter berättat hur skönt det är att komma ut i solen och även mindre bra väder kan ge intressanta upplevelser. En patient vittnade om att det starkaste minnet från rehabiliteringsvistelsen var kanotturen i stark vind. Den var på gränsen till skrämmande, men efteråt var patienten nöjd med att ha bemästrat situationen och växte av att ha klarat det. Med andra ord bidrog vädret till att göra upplevelsen starkare och kopplingen mellan miljön och hälsan var tydlig. Vädret påverkar inte bara upplevelsen av interventionen, det påverkar också huruvida fysioterapeuterna överhuvudtaget ser potentiella miljöerbjudanden i utemiljön. I 39 av de 67 dokumenterade interventionerna redovisades att det var soligt, i 22 att det var molnigt och i bara fyra var det regn. Vid gåturstintervjun bekräftade fysioterapeuterna att de mest använder utemiljön vid bra väder. De berättade att de till viss del använder den också i sämre väderlek, men då bara med de som har hög fysisk funktion. De menar att miljön inte är anpassad för att användas i dåligt väder eller då det är snö och is, dels för att det inte finns utrymmen under tak och dels för att delar av miljön blir farlig. Andra vädersvårigheter som uppgavs var att stark vind gjorde kanotturen riskfylld, regn gav patienterna våta skor samt att det var svårt att hålla värmen vid kyla. Också vid soligt väder uppgavs ett problem, bristen på platser i skugga.

5.3 SAMMANFATTNING

För att sammanställa mitt inkomna material så skapades en tabell uppdelad i styrkor och svagheter i utemiljön. Kvaliteterna för *varsam* och *inspirerande* design var strukturell utgångspunkt, med tillägg av några ytterligare rubriker som saknades. Denna tabell finns att läsa i bilaga 8:2. Tabellen visar tydligt att styrkorna överväger när man ser på kvaliteter för *inspirerande design* medan svagheter överväger när man ser på kvaliteter för *varsam design*. Om man ser på både zon tre och fyra så har den undersökta utomhusmiljön erkänt hög preferens, innehåller både *varsam* och *inspirerande design*, inklusive de åtta av parkkaraktärer. Kopplat till triangeln om den stödjande miljön så innehåller miljön element för såväl de som har stort välbefinnande som de som mår mindre bra. Den har därmed goda förutsättningar att fungera som en komplett hälsoträdgård, en arena för både terapeutiska inslag och mental återhämtning. Ser man på miljön uppdelad i zon tre och fyra så kan man konstatera att delarna som erbjuder mental återhämtning nästan uteslutande finns i zon fyra och tar man in aspekten tillgänglighet så ser man att detta område i princip är otillgängligt för patienter med måttlig till svår funktionsnedsättning. I zon tre finns tillgängliga områden, men också här är de begränsade för patienter med måttlig till svår funktionsnedsättning. Konklusionen är att antalet miljöerbjudanden/möjligheter till fysioterapeutiska interventioner är stort i antal för de med ingen eller liten funktionsnedsättning medan antalet är högst begränsat för de med måttlig till svår. Tillgänglighetsproblemen beror både på att den naturliga miljön innehåller fysiska utmaningar i form av kuperad terräng och varierade underlag och på att miljön inte är tillgänglighetsanpassad i tillräcklig grad. Den dåliga tillgängligheten resulterar i att fysioterapeuterna inte får användning av utemiljön i den grad de önskar. Sett ur ett patientperspektiv så exkluderas personer med låg fysisk funktion från många möjligheter till

utomhusfysioterapi och mental återhämtning. Många patienter har bekräftat den avstressande effekt som trädgården bjuder på när de vistas där på egen hand. Denna möjlighet till egenvård är begränsad för de som har låg fysisk funktion, eftersom de inte kan ta sig till de restaurativa miljöerna i samma utsträckning.

6 DISKUSSION

6.1 METODDISKUSSION

Metoderna för datainsamling i arbetet var dagboksenkät, gåtursintervju, tillgänglighetsanalys samt platsanalys med relevanta miljöpsykologiska teorier och modeller. Metoder för att bearbeta det inkomna materialet var tematisk analys, statistisk sammanställning och klassning av resultatet från tillgänglighetsanalysen i grönt, gult och rött. Totalt sett så upplevdes valda metoder som välfungerande och insamlad data som heltäckande i förhållande till syftet. Antalet interventioner som dokumenterades i dagboksenkäterna var 67 stycken, men variationen var stor mellan de olika fysioterapeuterna, en till 11. Också hur noggrant de fyllde i dagböckerna varierade stort. Denna variation grundar sig både i en faktisk skillnad mellan fysioterapeuterna i hur mycket de använder utemiljön, men också i hur flitiga de var att fylla i interventioner. De var ombedda att dokumentera samtliga interventioner, men detta gjordes inte. Någon förklarade det med tidsbrist och en annan med glömska. En annan orsak till att de inte dokumenterade alla interventioner kan vara att jag känner dem för väl, de tog inte uppgiften på samma allvar som om en utomstående hade bett dem. Om de uteblivna interventionerna påverkar resultatet kan bara spekuleras i. De 67 interventionerna upplevdes som ett bra faktaunderlag då den tematiska analysen skulle göras. De gav en bra bild av hur de använde miljön och viktiga kvaliteter kunde ringas in.

Gåtursintervjun genomfördes med det team som hade dokumenterat i särklass flest interventioner, team tre, som arbetar med amputationspatienterna. Jag insåg att deras perspektiv på hur de upplever miljön speglas av patientgruppen de jobbar med, benamputerade patienter, men jag godtog denna avgränsning. Kanske hade jag fått en mer mångfacetterad bild av miljöerbjudandena om jag också intervjuat fysioterapeuterna i de andra teamen, men då mycket av träningen är baserad på patientens funktion och inte diagnos, så ansåg jag denna avgränsning som godtagbar. Metoden gåtursintervju gav mycket relevant information i förhållande till syftet. Fysioterapeuterna pratade lätt och det var en fördel för mig att jag kände dem (i varierad grad). Jag fick en känsla av att fysioterapeuterna tyckte om att få ventilera starka och svaga sidor i utemiljön. Både dagboksenkäterna och gåtursintervjun analyserades med tematisk analys. Denna metod var mycket användbar i detta sammanhang, den gav struktur om tillvägagångssätt samtidigt som den gav frihet i analysen. Efter avslutad tematisk analys av gåtursintervjun hade behovet av att göra en tillgänglighetsanalys stärkts.

För tillgänglighetsanalys så hittades inget färdigt analysverktyg, så ett eget skapades med Västra Götalandsregionens riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet (2015), ICF:s funktionsnivåer (Socialstyrelsen, 2001) och Bakkes miljö som utgångspunkt. Patienterna fick röra sig på tio förvalda platser, det filmades och klassades som grönt, gult eller rött. Resultatet sammanställdes, både på individ och gruppnivå. Att det blev 10 platser var för göra det hanterbart. Också valet av fem patienter var för att göra det hanterbart. Självklart

kunde ett större antal patienter gett ett mer tillförlitligt resultat. Jag upplevde att min metod i tillgänglighetsanalysen fungerade bra i förhållande till syftet. Film som underlag var bra vid analysen av platserna, jag kunde då också dokumentera kommentarer från deltagarna. Dessa redovisas ej i detta arbete, med undantag för en kommentar som kom att påverka resultatet (se plats 5 i tabell 5:1). Jag har i efterhand insett att jag med fördel kunde gjort analysen på varje plats mer omfattande, till exempel bett patienterna om att både ta sig in och ut genom samtliga in/utgångar, ta sig både ner och upp på rampen och förflytta sig i båda riktningarna på stråken jag testade. Jag kan också se att det likartade vädret vid samtliga testtillfällen, ett fruset och frostigt landskap, påverkade resultatet. Optimalt hade varit att göra testet med samma patienter i olika väderlekar. Målet med tillgänglighetsanalysen var att se på fysisk funktionsnedsättning relaterat till framkomlighet i miljön. Som "tur var" så dokumenterades också hjälpmedelsanvändningen. Resultatet pekade mot att bruket av manuell rullstol var av större betydelse än klassad funktionsnedsättning. Detta kan vara bra att ta med sig till framtida analyser. Kanske är ICF:s funktionsklassifikation inte tillräckligt detaljerad, utan måste kompletteras med annan fakta eller göras om till fler nivåer.

De miljöpsykologiska teorier och modeller som jag använde mig av i platsanalyserna kändes bra och relevanta i förhållande till syftet. De gav ett bra stöd till resultaten som framkom i såväl dagbok/enkät, gåturintervju som tillgänglighetsanalys och gav mig en struktur att utgå ifrån när jag skulle sammanställa resultatet. Min sammanställning i tabellform med *varsam* och *inspirerande* design som strukturell utgångspunkt, med tillägg av några ytterligare rubriker som jag saknade, gav mig en logisk struktur som inkluderade såväl designperspektivet som fysioterapeuternas perspektiv på miljöerbjudanden/behov.

6.2 RESULTATDISKUSSION

Studien visar att utemiljön vid det undersökta rehabiliteringscenteret är värdefull för många patienter men att detta särskilt gäller personer med liten eller ingen funktionsnedsättning. För personer med måttlig till svår funktionsnedsättning riskerar den att fungera sämre eller inte alls på grund av dålig tillgänglighet.

Det kanske mest noterbara är att de restorativa delarna i princip är otillgängliga för de med måttlig till stor funktionsnedsättning. Om man kopplar detta till att funktionsnedsättningen är som störst hos patienterna i början av en rehabiliteringsvistelse, så blir bristen i detta tydlig. Ett konkret exempel: En person som blivit benamputerad kommer till rehabiliteringscentret ca två veckor efter sin operation. Patienten förflyttar sig i rullstol och har ofta en svår funktionsnedsättning, dels på grund av att han/hon saknar ett ben och dels för att han/hon är generellt nedsatt efter operationen. Samtidigt är patienten mitt i både i en sorg- och krisreaktion, har alltså lågt välbefinnande. Sett till triangeln om den stödjande miljön (2001) så befinner sig patienten långt ner. Med andra ord kan det antas att behovet av en miljö för mental återhämtning är stort, men miljön är otillgänglig. Konklusionen blir att de som har störst behov av en restorativ miljö är uteslagna från den på grund av tillgänglighetsproblem.

Ur ett fysioterapeutiskt perspektiv så visade såväl dagboksenkäterna, gåtursintervjun som platsanalyserna att utemiljön är en stor tillgång i deras kliniska arbete, men att de upplever tillgänglighetsproblem. Ju större funktionsnedsättning, desto större tillgänglighetsproblem. De berättade att de och annan personal ofta får jobba hårt för att kompensera för den bristande tillgängligheten när patienter med måttlig till svår funktionsnedsättning erbjuds utomhusfysioterapi. Att analysen visar att graden av tillgänglighet är av stor betydelse för fysioterapeuternas bruk av utemiljön var förväntat, men att tillgängligheten var så dålig för de med lägst funktion hade jag inte klart för mig på förhand. Jag har otal gånger fått höra från patienter hur estetiskt vacker miljön runt rehabiliteringscentret är och att den dessutom innehåller goda träningsmöjligheter. Sällan har stora tillgänglighetsproblem kommit fram. Jag kan se två förklaringar till detta. Dels så använder sig de med ingen eller liten funktionsnedsättning av utemiljön i högre grad och därmed blir deras röst mer hörd. Ur deras perspektiv så innehåller miljön både många miljöerbjudanden och är estetiskt vacker. Patienterna med måttlig till svår funktionsnedsättning är inte ute i miljön så mycket och upplever därför inte otillgängligheten. De kan dock njuta av den vackra naturen och vacker utsikt också inifrån huset och därför har man ofta fått intrycket att också de tycker att rehabiliteringscentret har en bra utemiljö. Att den vanligaste typen av intervention är förflyttningsträning är föga förvånande. De intervjuade fysioterapeuterna berättade att syftet med all träning är att förbereda patienterna på livet som väntar utanför och att kunna förflytta sig är grundläggande i livet generellt. För att kunna och våga göra det hemma så behövs träning och trygghet. De viktigaste elementen i miljön för att kunna variera såväl förflyttningsträning som annan träning är variationen i underlag, i form av grus, gräs, asfalt, backar och vatten mm. Man kan konkludera diskussionen av resultatet med att säga att för att en utemiljö ska fungera till fysioterapi så är en första förutsättning att den är fysiskt tillgänglig för **samtliga** patientgrupper som ska använda den. Denna aspekt måste inkluderas i planeringen av en utomhusareal som ska användas till fysioterapi.

6.3 KONKLUSIONER

Denna analys, som till stor del är gjord ur ett fysioterapeutiskt perspektiv, belyser en aspekt som jag saknar i litteraturen, kopplingen mellan behov i miljön och patientens fysiska funktion, vilket också kan benämnas tillgänglighet relaterat till fysisk funktion. Jag har i detta arbete använt mig av flera miljöpsykologiska teorier och modeller som referensramar i min tolkning av resultaten. Jag menar att modeller och teorier kan fungera som ett bra stöd och ge struktur i olika arbetsprocesser mot att förbättra miljöer. Jag saknar dock en modell som kombinerar personers fysiska funktionsnedsättning med behov i den fysiska miljön. Triangeln om den stödjande miljön tar utgångspunkt i människans mentala tillstånd och relaterar den till att man har olika behov, beroende på hur man mår psykiskt (Grahn, 2001). Jag vill låna strukturen till en modell som i stället tar utgångspunkt i personens fysiska funktion. Genom att dela in triangeln i ICF:s olika funktionsklasser (Socialstyrelsen, 2001) och relatera det till behov i den fysiska miljön så kan man identifiera viktiga element på varje nivå (se figur 6:1). En sådan modell skulle kunna vara en utgångspunkt när utemiljöer, där den fysiska funktionen är i centrum, ska skapas/tillrättaläggas.



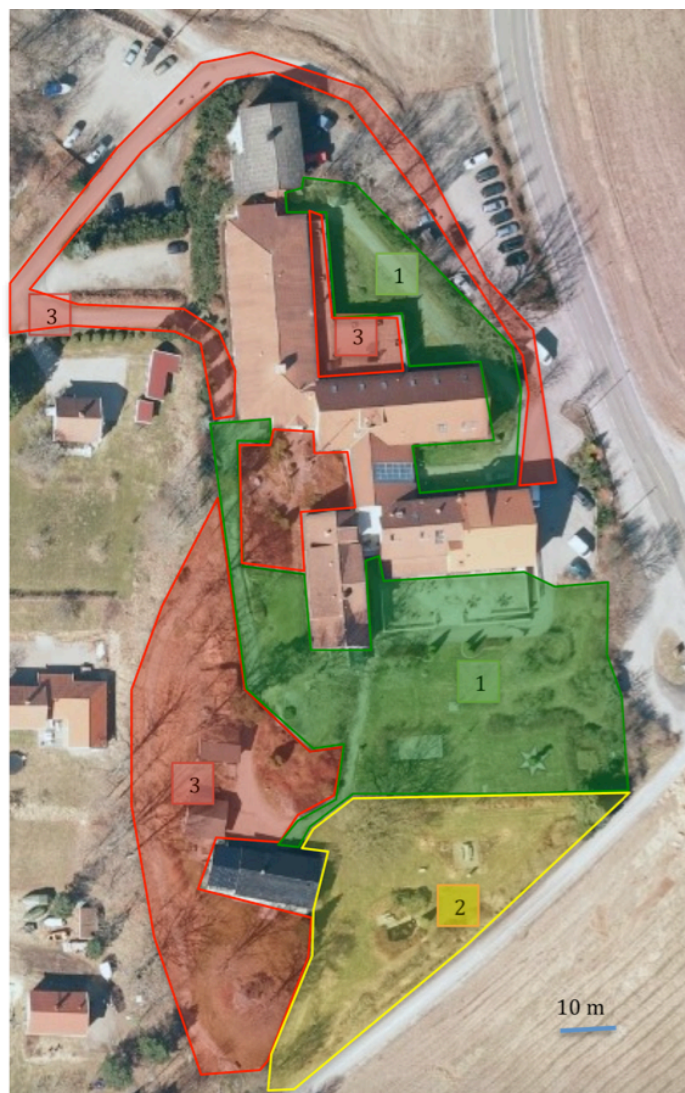
Figur 6:1: Förslag på hur en modell som kombinerar behov i miljön relaterat till fysisk funktion skulle kunna se ut. Modellen har lånat strukturen från Grahn's (2001) triangel om den stödjande miljön i kombination med ICF:s funktionsnivåer (Socialstyrelsen, 2001).

Jag vill komplettera ovanstående modell med en tabell som belyser viktiga designelement på varje funktionsnivå. Som strukturell utgångspunkt föreslår jag designkvaliteterna *varsam* och *inspirerande* design (Bengtsson & Carlsson, 2006), med tillägg av rubrikerna tillgängligt, möjlighet till att vila, förflyttningssvägar, hjälpmedel, variation i miljöerbjudanden för att locka till fysisk aktivitet och underlag. Förslag på tabell, inklusive exempel på viktiga element, finns att läsa i bilaga 8:3.

Som en röd tråd genom detta arbete löper tillgänglighet. Ett vanligt förekommande begrepp när man pratar om tillgänglighet är universell utformning. Innebörden är en utformning av miljöer så att de kan användas av alla i största möjliga utsträckning, utan anpassning eller specialutformning (Nordens värfärdscenter, 2017). Att all utomhusmiljö vid ett rehabiliteringscenter ska vara tillgänglig för alla, vara universellt utformad, kan tyckas vara en självklar utgångspunkt, men man kan också vända på resonemanget. Kanske är det bra att miljön har olika tillgänglighetsnivåer så att patienterna har något att sträva efter i sin rehabilitering? Bergman (2015) talar i sin rapport om de två begreppen miljökompetens och kroppslig kompetens och hur de kan utvecklas i samspel med varandra. Steele (1980) definierar miljökompetens som *människors förmåga att hantera den omgivande miljön*. Han inkluderar perceptuella, kognitiva, affektiva, beteendemässiga och personliga komponenter. Whitehead (2006) definierar kroppslig kompetens som en allsidig rörelsekompetens, där fysiska komponenter som balans, koordination och styrka inkluderas, samt förmågan att kunna hantera dessa i förhållande till gravitation, lutning, fasta och rörliga objekt med mera. För att koppla resonemanget om miljökompetens och kroppslig kompetens till olika tillgänglighetsnivåer vid ett rehabiliteringscenter så kan man säga att patienterna, då de anländer för en rehabiliteringsvistelse, har en kroppslig kompetens på en viss nivå och därtill anpassad miljökompetens. Båda kompetenserna påverkar hur tillgänglig patienten uppfattar

sin omgivande miljö. Då all rehabilitering är målinriktad så förutsätts patienterna sätta ett mål som ligger på en högre kroppslig kompetensnivå än där de är vid ankomst. I sin process mot detta mål är förhoppningen att den kroppsliga kompetensen och miljökompetensen ökar och i takt med detta så förändras också vad som är tillgängligt för dem.

Ett exempel är en benamputerad patient som vid ankomst inte har fått protes och därmed är beroende av att kunna ta sig fram i en manuell rullstol. Personen uppfattar sin omgivande miljö med "rullstols-ögon". Trappor uppfattas som oframkomliga och annat underlag än asfalt som svårt. Efter några veckor får personen sin protes och kan så smått börja gå igen. I och med detta får personen en förändrad kroppslig kompetens och därmed också en förändrad miljökompetens. Trapporna blir en utmaning, liksom gräs och grus som underlag. I takt med att gångförmågan med protes fortsätter öka (den kroppsliga kompetensen ökar) så uppfattas allt fler saker i miljön, som tidigare var hinder, som utmaningar. Det tidigare svårnådda målet, att gå den 400 meterna runt huset blir uppnåeligt och i stället blir nytt mål att gå den 3 km långa fjällrundan, som är både brant, fysisk utmanande och ojämn i underlag. Detta är ett tydligt exempel på hur den kroppsliga kompetensen och miljökompetensen utvecklas vid en rehabiliteringsvistelse och hur kraven på miljö förändras i takt med utvecklingen. Med detta som underlag vill jag, inspirerad av Göteborgs stad (Göteborgs stad Trafikkontoret), föreslå att man delar in utemiljön som ska användas till utomhusfysioterapi i olika tillgänglighetsnivåer, där nivå 1 ska vara tillgänglig för alla, nivå 2 för de flesta och nivå 3 får lov att vara mer otillgängligt. När miljön ska planeras görs en tillgänglighetsanalys där man dokumenterar topografi, vad området ska användas till, vilka nivåskillnader som finns mm. I nästa steg bestämmer man vilka områden som ska vara nivå 1, 2 respektive 3. Nivåerna kombineras med färgerna från Västra Götalandsregionens (2015) riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet, grönt, gult och rött. Förslag till indelning av nivåer i zon tre vid det undersökta rehabiliteringscentret visas i figur 2. Utifrån resultatet som framkom i detta arbete, bristen på restorativa miljöer för de med störst funktionsnedsättning och kanske störst behov av restoration, vill jag vill framhålla vikten av att lägga till rätta för restorativa miljöer i området med tillgänglighetsnivå 1, i alla fall när det handlar om verksamheter som har inneliggande patienter som till exempel sjukhus och rehabiliteringscentra.



Figur 6:2: Förslag på hur en modell för indelning i olika tillgänglighetsnivåer på rehabiliteringscentret skulle kunna se ut.
Förslag till tillgänglighetsnivåer
Nivå 1 (grönt) = Tillgängligt för alla,
Nivå 2 (gult) = Tillgängligt för de flesta
Nivå 3 (rött) = Tillgängligt för några
(Foto: Kartverket u.d.)

6.4 SLUTORD

Avslutningsvis vill jag säga att det har varit väldigt intressant och lärorikt att göra detta arbete. Det har varit en process som har utvecklat sig under tidens gång. Från början var målet att kartlägga hur fysioterapeuterna använde sig av utemiljön och försöka identifiera viktiga element vid utomhusfysioterapi. Under resans gång insåg jag hur centralt begreppet tillgänglighet är i sammanhanget och i slutändan kom det begreppet att hamna i centrum av arbetet. Jag beslutade mig tidigt för att bara inkludera fysioterapeuternas perspektiv på behov i utemiljön, vilket jag i slutändan kan se som något av en brist. Jag hade gärna inkluderat patienternas perspektiv i högre grad. Jag hoppas att jag med detta arbete

förmedlar vikten av att ta hänsyn till alla nivåer av funktionsnedsättning när utemiljöer ska tillrättaläggas för utomhusfysioterapi och att det ger idéer till viktiga element på de olika nivåerna. Jag vill poängtera att min tabell som symboliserar de olika behoven på varje nivå bara är ett förslag på hur en struktur skulle kunna se ut. Jag har försökt sammanställa de behov jag har kommit fram till i detta arbete, kanske stämmer inte alla och garanterat finns många fler. Jag skulle med glädje se en utveckling på området utomhusfysioterapi. Jag tror vi har mycket att vinna av att ta utomhusmiljöer och naturen i större bruk och inte minst har patienterna det.

7 LITTERATURFÖRTECKNING

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Appleton, J. (1975). *The experience of landscape*. New York: John Wiley and Sons.
- Bengtsson, A. (2015). *From Experiences of the Outdoors to the Design of Healthcare Environments*. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet.
- Bengtsson, A., & Carlsson, G. (2006). Outdoor environments at three nursing homes: Focus group interviews with staff. *Journal of Housing for the Elderly*, ss. 49-69.
- Bengtsson, A., & Grahn, P. (2014). Outdoor environments in healthcare settings: A quality evaluation tool for use in designing healthcare gardens. *Urban forestry & Urban Greening*(13), 878-891.
- Bergman, S. A. (2015). *Omförhandling med staden En miljöpsykologisk studie av parkourutövning*. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet.
- Boverket. (2006). *Lär känna din ort! – metoder att analysera orter och stadsdelar*. Hämtat från Urban utveckling: <https://urbanutveckling.se/ordlista/mno/ortsanalys> (Hämtat: 2017-09-18)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), ss. 77-101.
- Broberg, C., & Tyni-Lenné, R. (2016). *Fysioterapi - profession och vetenskap*. Fysioterapeuterna.
- Chang, C.-Y., & Chen, P.-K. (2005). Human response to window views and indoor plants in the workplace. *HortScience*, 40(5), ss. 1354-1359.
- de Laval, S. (2004). *Metoder för arkitekturdialog*. Svensk byggtjänst.
- Folkhälsomyndigheten. (u.d.). <https://www.folkhalsomyndigheten.se>. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se>: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/internationellt-samarbete/who-samarbete/> (Hämtat: 2017-10-01)
- Göteborgs stad Trafikkontoret. (u.d.). <http://www.th.tkgbg.se>. Hämtat från <http://www.th.tkgbg.se>:

<http://www.th.tkgbg.se/Portals/0/STARTFLIKEN/Program%20och%20policies/Tillgänglighetsanalys%20Tillgänglighetsplan.pdf> (Hämtat: 2017-09-01)

- Gibson, J. J. (1979). *An ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Grahn, P. (2001). Naturens och trädgårdens betydelse för personer med utmattningsdepression. *Svensk rehabilitering*, 3, ss. 18-21.
- Grahn, P., & Bengtsson, A. (2014). Natur och trädgård i vårdsammanhang. i H. Wijk, *Vårdmiljöns betydelse* (ss. 231-254). Lund: Studentlitteratur.
- Hägerhäll, C. M. (2005). Naturen i landskapsupplevelsen och landskapsupplevelsens natur. i M. Johansson, & M. Küller, *Svensk miljöpsykologi* (ss. 209-226). Lund: Studentlitteratur.
- Hartig, T., van den Berg, A. E., Hägerhäll, C. M., Tomalak, M., Bauer, N., Hansmann, R., . . . Waaseth, G. (2010). Health Benefits of Nature Experience: Psychological, Social and Cultural Processes. i K. Nilsson, M. Sangster, C. Gallis, T. Hartig, S. De Vries , K. Seeland, & J. Schipperijn, *Forest, trees and human health*. Springer Netherlands.
- Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge Nasjonal kartlegging 2014-2015*.
- Joye, Y., & van den Berg, A. E. (2013). Restorative environments. i L. Steg, A. E. Van den Berg, & J. I. de Groot, *Environmental psychology - an introduction* (ss. 57-66). Chichester: British Psychological society and John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaplan , R. (2001). The nature of the view from home - psychological benefits. *Environment and Behavior*, 33(4), ss. 507-542.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an intergrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15(3), ss. 169-182.
- Kaplan, S., & Kaplan , R. (1989). *The experience of nature*. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, S., & Kaplan, R. (1982). *Cognition and environment : functioning in an uncertain world*. New York: Praeger.
- Kartverket. (u.d.). *Norgeskart*. Hämtat från Norgeskart: <https://www.norgeskart.no/#!?project=seeiendom&layers=1003,1015&zoom=15&lat=6547351.42&lon=296034.23> (Hämtat: 2018-09-01)

- Kuo, M. (6 2015). How might contact with nature promote human health? Promising mechanisms and a possible central pathway. *Frontiers in Psychology*, 6, s. 1093.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lewicka, M. (2014). In search of roots. i L. C. Manzo, & P. Devine-Wright, *Place attachment, advances in theory, methods and applications* (ss. 49-60). Abingdon: Routledge.
- Lynch, K. (1964). *The image of the city*. Harvard: The MIT Press.
- Mayer, F. S., Frantz, C. M., Bruehlman-Senecal, E., & Dolliver, K. (2009). Why is nature beneficial? The role of connectedness to nature. *Environment & Behavior*, 41(5), ss. 607-643.
- Morgan, P. (2009). Towards a development theory of place attachment. *Journal of environmental psychology*, 30(1), ss. 11-22.
- Nordens värfärdscenter. (2017). *nordicwelfare.com*. Hämtat från nordicwelfare.com: <http://nordicwelfare.org/sv/Projekt/Funktionshinder/Universell-utformning-och-tillganglighet/> (Hämtat: 2018-01-01)
- Orions, G. H. (1980). Habitat selection: General theory and applications to human behavior. i J. S. Lockard, *The evolution of human social behavior*. Chicago: Elsevier.
- Rietveld, E., & Kiverstein, J. (2014). A rich landscape of affordances. *Ecological psychology*, 26(4), ss. 325-352.
- Sandberg, T. (2012). *dagsavisen*. Hämtat från [dagsavisen.no](http://www.dagsavisen.no): <http://www.dagsavisen.no/innenriks/nordmenn-elsker-friluftsliv-1.474353> (Hämtat: 2017-10-15)
- Scannell, L., & Gifford, R. (2014). Comparing the theories of Interpersonal and Place Attachment. i L. C. Manzo, & P. Devine-Wright, *Place attachment, advances in theory, methods and applications* (ss. 23-36). Abingdon: Routledge.
- Socialstyrelsen. (2001). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion*.
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *ssb.no*. Hämtat från [ssb.no](https://www.ssb.no): <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/fritid/hvert-3-aar> (Hämtat: 2017-10-15)

- Steele, F. (1980). Defining and developing environmental competence. i C. Alderfer, G. L. Cooper, & C. F. Alderfer, *Advances in experimental social processes* (Vol. 2, ss. 225-244). Wiley-Blackwell.
- Sundli, M. T., Ode, Å. S., & Hägerhäll, C. M. (2012). Scenic beauty: Visual landscape assessment and human landscape perception. i L. Steg, A. E. van den Berg, & J. I. De Groot, *Environmental psychology - an introduction* (ss. 37-46). Chichester: British Psychological society and John Wiley & Sons, Ltd.
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Tuan, Y.-F. (1974). *Topophilia*. New York: Englewood Cliffs.
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), ss. 420-421.
- Ulrich, R. (1986). Human responses to vegetation and landscapes. *Landscape and urban planning*, 13, ss. 29-44.
- Västra Götalandsregionen. (2015). *Tillgängliga och användbara miljöer - riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet*. Västra Götalandsregionen.
- Whitehead, M. (2006). The concept of Physical literacy. *European Journal of Physical Education*, 6(2), ss. 127-138.
- Wilson, E. O. (1984). *Biophilia*. Cambridge: Harvard university press.
- Yantis, S. (2014). *Sensation and perception*. New York: WORTH.

8 BILAGOR

8.1 BILAGA 1: MALL TILL DAGBOK SOM FYSIOTERAPEUTERNA SKREV

Intervensjon nr	Fysio:	Dato:	Vær:	Varighet:	Gruppe/individuell	Antall deltakere:													
0 intet funksjonsavvik	Hjerneslag	1. Bevegelsesforutsetninger defineres som de anatomiske, fysiologiske og psykologiske vilkår som er nødvendige for menneskelig bevegelse. Leddbevegelse, muskelstyrke, blodsirkulasjon og motivasjon er eksempel. 2. Bevegelsesevne kan ses som integrerte, koordinerte funksjoner i det neuromuskuloskelettale systemet og som produktet av samspillet mellom ett menneskes vilje, kognisjon, kroppslige resurser og miljøet. Ett eksempel på bevegelsesevne er å gå. 3. Bevegelsesadferd defineres som individets tilpassing av sin bevegelsesevne i relasjon til miljøet rundt og sine mål i livet. Eksempel på bevegelsesadferd kan være klare å gå til postkassen, som er 100 m bort og har en kupert vei.																	
1 lett funksjonsavvik	Amputasjon																		
2 middels funksjonsavvik	Ortopedisk																		
3 stort funksjonsavvik	Annen:																		
4 totalt funksjonsavvik	Kognitivt påvirket																		
Funksjon hos deltaker:	Diagnose:	Bevegelsesfokus i intervensjonen:																	
Beskriv intervensjonen																			
Beskriv hvordan plassen blir brukt																			
Beskriv kvaliteter/elementer som var av betydning på stedet for intervensjonen.																			
Kryss av viktige elementer/kvaliteter nedenfor <table border="1"> <tr> <td>Trygt og sikkert</td> <td>Sanse-stimulering</td> <td>Nær beliggenhet</td> <td>Stille og rolig</td> <td>Fysisk utfordring</td> <td>Lett å orientere seg på</td> <td>Sosialt sted</td> <td>Natur-opplevelse</td> <td>Stor art-variasjon</td> <td>Vill natur</td> <td>Velkjent sted (for deltaker)</td> <td>Meningsfull aktivitet</td> <td>Atskillelse</td> </tr> </table>							Trygt og sikkert	Sanse-stimulering	Nær beliggenhet	Stille og rolig	Fysisk utfordring	Lett å orientere seg på	Sosialt sted	Natur-opplevelse	Stor art-variasjon	Vill natur	Velkjent sted (for deltaker)	Meningsfull aktivitet	Atskillelse
Trygt og sikkert	Sanse-stimulering	Nær beliggenhet	Stille og rolig	Fysisk utfordring	Lett å orientere seg på	Sosialt sted	Natur-opplevelse	Stor art-variasjon	Vill natur	Velkjent sted (for deltaker)	Meningsfull aktivitet	Atskillelse							
Beskriv hvordan intervensjonen fungerte, Bra: Dårlig:																			
Marker på kartet hvor intervensjonen fant sted!																			

8.2 BILAGA 2: STYRKOR/SVAGHETER I UTEMILJÖN

Nedan följer en sammanställning av resultaten, uppdelat i styrkor och svagheter i utemiljön. Jag redovisar det med "varsam" och "inspirerande design" som strukturell utgångspunkt, med tillägg åågra ytterligare rubriker som jag saknade, se rubriker i förstärkt svart.

VARSAM DESIGN		STYRKOR	SVAGHETER
<i>Nära och enkelt/tillgängligt</i>		<ul style="list-style-type: none"> Många in-/utgångar från huset 	<ul style="list-style-type: none"> En del in-ut/gångar är svåra för de med lägst fysisk funktion. Vissa väsentliga delar, som t ex de upphöjda odlingsbäddarna, ligger långt bort och dessutom otillgängligt för de med lägst funktion P g a brister i miljön, t ex en för brant och i dåligt väder hal ramp, så får de som inte klarar den passagen långt till delar av miljön.
<i>Erbjuda möjligheter i alla väder</i>		<ul style="list-style-type: none"> De med hög funktion erbjuds aktiviteter också i dåligt väder. 	<ul style="list-style-type: none"> Det finns ingen utemiljö under tak Delar av utemiljön blir farlig vid vått och/eller kallt väder. Det är få sittplatser i skugga vid varm väderlek.
<i>Vara tryggt och säkert</i>		<ul style="list-style-type: none"> Stora delar av utemiljön erbjuder trygghet och säkerhet för de med hög fysisk funktion. 	<ul style="list-style-type: none"> Delar av utemiljön blir farlig vid vått och/eller kallt väder. För de med lägre fysisk funktion och/eller kognitiv svikt finns det brister vad gäller trygghet och säkerhet i utemiljön. Riksväg 22 går tätt intill fastigheten, vilket kan innebära en säkerhetsrisk. Delar av gångvägen runt huset är trafikerad av bilar, vilket kan vara en säkerhetsrisk.
<i>Vara välkänd</i>		<ul style="list-style-type: none"> Utemiljön har stora gräsytor, rabatter med välkända blommor och flera äppelträd. 	
<i>Orientering</i>	<i>Stigar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns flera stigar i utemiljön. 	<ul style="list-style-type: none"> Vägen runt huset delar sig på flera ställen, vilket kan innebära förvirring för en del.
	<i>Platser</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns flera naturliga samlingspunkter i utemiljön, t ex under den stora eken och på den stora terrassen. 	<ul style="list-style-type: none"> De naturliga samlingsplatserna är inte tillgängliga för alla. T ex är platsen under den stora eken svårtillgänglig för de i rullstol.
	<i>Landmärken</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns flera tydliga landmärken, som t ex den stora eken, en flaggstång och ett lusthus. 	
	<i>Noder</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns flera ställen där stigar strålar samman och fungerar som noder. 	
	<i>Gränser</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns tydliga gränser runt stora delar av fastigheten i form av träd, buskar och staket. 	<ul style="list-style-type: none"> På vissa delar av fastigheten är gränserna mot intilliggande fastigheter otidliga.
<i>Möjlighet till att vila</i>		<ul style="list-style-type: none"> Det finns en del utemöbler i utemiljön, men de passar bäst för de med hög funktion. 	<ul style="list-style-type: none"> Befintliga utemöbler är inte anpassade till de med lägst funktion. Bl a står de ofta på otillgängliga platser, är ostadiga, finns inte i tillräckligt tätt, har inte armstöd och/eller varierande sitthöjd.

		<ul style="list-style-type: none"> • Det saknas möjligheter till att ligga och vila.
Förflyttningsvägar	<ul style="list-style-type: none"> • Det finns en asfalterad väg runt hela huset. • Den finns flera in-/utgångar utmed den asfalterade vägen runt huset, vilket gör att man kan gå valda delar av sträckan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den asfalterade vägen runt huset är kraftigt kuperad på några ställen, vilket gör den svårframkomlig för de med lägre funktion. • Asfalten är ojämn och gropig på vissa delar. • Det är en del löv och kottar på den asfalterade vägen, vilket gör att den upplevs som otrygg. • Det finns inget alternativ till asfalterad väg, om man inte vill gå på gräset. Detta är begränsande i våt och kall väderlek då asfalten bli hal. • För att ta sig till delar av utemiljön finns inga vägar eller stigar, utan man måste kunna ta sig fram på gräs, vilket är svårt för en del.
Hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> • Bakke har två scootrar som kan lånas ut till patienterna så att de kan röra sig i utemiljön. • Det finns en gångbana för gångträning i utemiljön. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det saknas ledstång i varierad höjd och på båda sidor vid trärampen. • Manöverdonen till dörröppnarna är vid några tillfällen svåra att hitta. • Det är begränsat med hjälpmedel i utemiljön för de med lägst funktion, vilket begränsar möjligheten till fysioterapeutiska interventioner för denna grupp. • Vid utflykter så är Bakkes minibuss inte anpassad till de med lägst funktion, vilket gör att de anställda måste ta egna bilar för att få med dessa patienter.
INSPIRERANDE DESIGN		
<i>Kontakt med livet i omgivningen:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Riksväg 22 går tätt förbi • 20-tal villor med fastboende i området • Camping ca 200 m från Bakkes fastighet 	
<i>Sociala möjligheter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Det finns flera platser i utemiljön med möbler att sitta i. Det finns också en boulebana och upphöjda odlingsbäddar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alla mötesplatser är inte tillgängliga för alla. Två orsaker till detta är att de ligger på otillgängliga platser och/eller har dysfunktionella möbler.
<i>Meningsfulla aktiviteter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ett av fysioterapeuternas mål är att utomhusinterventionerna ska upplevas som meningsfulla. • Patienterna har möjlighet att på eget initiativ var aktiva i trädgårdsarbete, stavgång, fiska, gå turer mm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antalet aktiviteter som erbjuds för de med lägre funktion är begränsat.
<i>Kultur och anknytning till det förflutna</i>	<ul style="list-style-type: none"> • I korridorerna i huset sitter bilder och texter om Bakkes historia. • Bakke ligger i ett område med stark historia inom stenbrytning, vilket tydligt syns i miljön. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tecknen på stenbrytning ligger i zon 4, vilken är otillgänglig för de med lägst funktion.
<i>Symbolism</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bakkes utemiljö innehåller flera element som skulle kunna verka som symboler, bl a äppelträd, kryddodling och årstidsväxlingar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flera av elementen som kan verka som symboler ligger i delen av trädgården som är otillgänglig för de med lägst funktion.

<i>Utsikt mot grönska</i>	<ul style="list-style-type: none"> Såväl inifrån (zon 1 och 2) som från flera platser i utomhusmiljön (zon 3 och 4) erbjuds en utsikt som är erkänt naturskön. Ifrån matsalen, som det intas fyra måltider i dagligen, är det väldigt vacker utsikt mot trädgården och Idefjorden. Det är lätt, oavsett funktion, att hitta en plats med vacker utsikt. Preferensen för den omgivande naturen är hög. 	
<i>Rymd</i>	<ul style="list-style-type: none"> Denna kvalitet finns framför allt i zon 4, dvs utanför Bakkes fastighetsgräns, men ändå tillgänglig för patienterna med funktion att ta sig dit.. 	<ul style="list-style-type: none"> Denna kvalitet är inte tillgänglig för de med lägst funktion.
<i>Artrikedom</i>	<ul style="list-style-type: none"> Artrikedomen är stor såväl i zon 3 som 4. 	
<i>Sinnlig njutning av natur</i>	<ul style="list-style-type: none"> Utemiljön runt Bakke, zon 3 och 4 inkluderat, innehåller möjligheter till stimulans av alla sinnen. 	
<i>Årstidsväxlingar</i>	<ul style="list-style-type: none"> Årstidsväxlingarna är tydliga i hela miljön, bl a beroende på mycket gräs, ej vintergröna växter och lövträd. 	
<i>Rofylldhet</i>	<ul style="list-style-type: none"> Denna kvalitet kan, i begränsad form, hittas i zon 3, men framför allt i zon 4. 	<ul style="list-style-type: none"> Då det är begränsat med rofyllda platser i zon 3 så är det svårt för de som inte orkar ta sig så långt att finna dessa platser.
<i>Vild natur</i>	<ul style="list-style-type: none"> Denna kvalitet finns i stor utsträckning i zon 4. 	<ul style="list-style-type: none"> De som inte orkar ta sig så långt kan inte njuta av vild natur.
<i>Avskildhet</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det finns en berså i den direkta trädgården, men växterna i den har ännu inte växt till sig. Avskildhet finns att finna i zon 4. 	<ul style="list-style-type: none"> Tillgången till avskildhet är begränsad i zon 3, mycket p g a att miljön i hög grad är väldigt öppen.
<i>Variation i miljöerbjudanden för att locka till fysisk aktivitet</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fysioterapeuterna upplever många miljöerbjudanden i förhållande till de med hög fysisk funktion. Miljön innehåller en stor naturlig variation på flera olika sätt, t ex i naturtyper, växtlighet och terräng. Det finns många olika typer av trappor. 	<ul style="list-style-type: none"> Det är begränsat med kvaliteter som lockar patienterna till egen träning. Fysioterapeuterna upplever begränsat miljöerbjudanden i förhållande till de med låg fysisk funktion.
<i>Underlag</i>	<ul style="list-style-type: none"> I Bakkes närmiljö finns stor variation av underlag, t ex asfalt, gräs, grus, backar och vatten. 	<ul style="list-style-type: none"> För de med lägst funktion är de tillgängliga underlagen mer begränsade. I den mest närliggande miljön är det gräs eller asfalt som finns.

8.3 BILAGA 3: TABELL MED VIKTIGA ELEMENT RELATERAT TILL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Tabellen har *varsam* och *inspirerande* design (Bengtsson & Carlsson, 2006; Bengtsson A. , From Experiences of the Outdoors to the Design of Healthcare Environments, 2015) som strukturell utgångspunkt, med tillägg av rubrikerna tillgängligt, möjlighet till att vila, förflyttningssvägar, hjälpmedel, variation i miljöerbjudanden för att locka till fysisk aktivitet och underlag (se fet stil).

		VIKTTIGA ELEMENT I EN UTEMILJÖ		
VARSAM DESIGN		FUNKTION 0-1 INGEN ELLER LÄTT FUNKTIONSNEDSÄTTNING	FUNKTION 2-3 MÅTTLIG ELLER SVÅR FUNKTIONSNEDSÄTTNING	FUNKTION 4 TOTAL FUNKTIONSNEDSÄTTNING
1.	Nära och enkelt/ tillgängligt	a. Det är viktigt att det finns miljöerbjudanden nära för att stimulera patienterna till att ta sig ut. b. Miljöerbjudanden kan erbjudas både nära och längre bort, så att patienten lockas att töja gränserna.	a. Automatiserade in-/utgångar b. Toalett nära c. Max några meter för att ta sig ut	a. Automatiserade in-/utgångar b. Gärna kunna rulla ut både i säng och rullstol c. Gärna möjlighet att ta sig ut direkt ifrån patientens rum/boende, t ex via skjutdörrar.
2.	Erbjuda möjligheter i alla väder	a. Delar av utrymme under tak så att det kan användas också i sämre väder.	a. Delar av utrymme under tak så att det kan användas också i sämre väder. b. Värmeslingor i förflyttningssvägar som motverkar halka och risker.	a. Delar av utrymme under tak så att det kan användas också i sämre väder. b. Värmeslingor i förflyttningssvägar som motverkar halka och risker.
3.	Vara tryggt och säkert		a. Möjlighet till att kunna larma b. Värmeslingor i förflyttningssvägar som motverkar halka och risker.	a. Möjlighet till att kunna larma b. Värmeslingor i förflyttningssvägar som motverkar halka och risker.
4.	Vara välkänd			a. Element som gör att patienten känner sig hemma som t ex växter som känns igen. b. Reglera vem som får vara i utemiljön eftersom okända kan stressa.
5.	Stigar	a. Störst möjlig variation av stigar, i både längd och topografi. b. Så stor variation i olika element utmed stigarna som möjligt c. Tydlig märkning av varje stig i t ex färg och längd.	a. Rullstolsvänliga stigar med tydliga början och slut. b. Stigar som det går att gå korta delar av. c. Stigar med stor variation på begränsad yta. d. Tydlig märkning av varje stig i t ex färg och längd.	a. Rullstolsvänliga stigar. b. Stigar med sinnesstimulerande element. c. Tydlig märkning av varje stig i t ex färg och längd.
	Platser	a. Platser där man kan träna tillsammans.	a. Platser där man kan socialisera t ex med sittmöbler och spel.	a. Platser där man kan socialisera t ex med sittmöbler och spel.

		b. Platser där man kan socialisera t ex med sittmöbler och spel. c. Platser som stimulerar till aktivitet, som t ex bärbuskar och äppelträd.	b. Platser som är tydlig med vad de ska användas till.	b. Platser som är tydlig med vad de ska användas till.
	Landmärken	a. Element som lockar till egenträning, t ex en studsatta, gunga, basketbolkorg och fotbollsplan.	a. Element som lockar till egenträning och samtidigt är trygga, t ex en boulebana, schackspel på marken, en rullstolsbana. b. Element som tydligt visar in- och utgångar.	a. Igenkänningsbara landmärken som flaggstång, lusthus, grillplats mm. b. Element som tydligt visar in- och utgångar.
	Noder	a. Vid noderna ska det sitta en karta över området.	a. Vid noderna ska det sitta en karta över området.	a. Vid noderna ska det sitta en karta över området.
	Gränser	a. Gränser som markerar var området börjar och slutar.	a. Tydliga gränser som gör att patienten inte kan ta sig längre bort än att han/hon kan ta sig tillbaka.	a. Tydliga gränser.
6. Möjlighet till att vila		a. Olika typer av vilomöbler, t ex fasta, gungande, och med/utan armstöd.	a. Stabila möbler med armstöd och olika sitthöjd b. Möbler att ligga i c. Max 20 m mellan viloplatser d. Vilomöbler med plats för rullstol bredvid	a. Erbjuder sittmöbler för ledsagare/assistenter b. Vilomöbler med plats för rullstol bredvid
7. Förflyttningsvägar		a. Störst möjlig variation av förflyttningsvägar i form av varierande underlag, backar, hinder på vägen mm.	a. Kort väg mellan olika platser i miljön. b. Rullstolsvänliga vägar c. Bredd nog att mötas med två rullstolar	a. Kort väg mellan olika platser i miljön. b. Rullstolsvänliga vägar c. Bredd nog att mötas med två rullstolar d. Plats för ledsagare/assistent
8. Hjälpmedel		a. Ev nödvändiga hjälpmedel som t ex krycka har patienten själv.	a. Elektrisk dörröppnare b. Gångbarr c. Ståstativ	a. Elektriska dörröppnare b. Lyftbuss c. Gångbarr d. Ståstativ e. Sinnesstimulerande hjälpmedel
INSPIRERANDE DESIGN				
9. Kontakt med livet i omgivningen:		a. Placeringen av utemiljön kan med fördel läggas vid sidan av andra verksamheter.	a. Placeringen av utemiljön kan ev läggas vid sidan av andra verksamheter.	a. Det kan vara viktigt att man från vissa delar av miljön har kontakt med livet i omgivningen, medan man från andra delar kan skärma sig eftersom behoven kan vara olika hos olika personer.
10. Sociala möjligheter		a. Platser där man kan träna tillsammans. b. Platser där man kan socialisera t ex med sittmöbler och spel.	a. Platser där man kan träna tillsammans. b. Platser där man kan socialisera t ex med sittmöbler och spel. c. Det är viktigt att platserna erbjuder saker	a. Platser där man kan möta anhöriga/medpatienter. b. Det är viktigt att platserna erbjuder saker att diskutera, t ex väder och planteringar.

		att diskutera, t ex väder och planteringar.	
11. Meningsfulla aktiviteter	Exempel på aktiviteter skulle kunna vara: a. <i>Träningsutrustning</i> i form av balansbana, studsatta, utegym, hinderbana, koordinationsuppgifter b. <i>Spel/lek</i> i form av basketkorg, fotbollsmål, boulebana c. <i>Trädgårdsaktiviteter</i> d. <i>Friluftaktiviteter</i> som fiske, paddla kanot, göra upp eld och plocka svamp.	Exempel på aktiviteter skulle kunna vara: a. <i>Träningsutrustning</i> i form av gångbana, utegym, rullstolsbana b. <i>Spel/lek</i> i form av boulebana, tre-i-rad mm. c. <i>Trädgårdsaktiviteter</i> d. <i>Friluftaktiviteter</i> som fiske, göra upp eld mm. e.	Exempel på aktiviteter skulle kunna vara: a. <i>Sinnesstimulansträning</i> , t ex känna på vinden, lukta på växter, lyssna på insekter, smaka på bär. b. <i>Sociala aktiviteter</i> som t ex att fika, läsa.
12. Kultur och anknytning till det förflutna	a. Ta fram ev historiska element som är igenkännande för patienten.	a. Ta fram ev historiska element som är igenkännande för patienten.	a. Ta fram ev historiska element som är igenkännande för patienten.
13. Symbolism	a. Störst möjlig variation av föremål som kan verka som symboler/metaforer, som t ex stenar, vatten och växter.	a. Störst möjlig variation av föremål som kan verka som symboler/metaforer, som t ex stenar, vatten och växter. b. Symboliska ledtrådar för att väcka igenkännande som t ex en tvättlina och en flaggstång.	c. Störst möjlig variation av föremål som kan verka som symboler/metaforer, som t ex stenar, vatten och växter. d. Symboliska ledtrådar för att väcka igenkännande som t ex en tvättlina och en flaggstång.
14. Utsikt mot grönska	a. Maximera vacker utsikt för att stimulera till utevistelse.	a. Maximera vacker utsikt för att stimulera till utevistelse.	a. Maximera vacker utsikt mot natur eftersom patienten har svårt att ta sig ut på egen hand.
15. Rymd			a. Skapa förutsättningar för att kunna "komma in i en annan värld".
16. Artrikedom	a. Skapa förutsättningar för en mångfald av djur-och växtarter.	a. Skapa förutsättningar för en mångfald av djur-och växtarter.	a. Skapa förutsättningar för en mångfald av djur-och växtarter.
17. Sinnlig njutning av natur	Stimulans av de olika sinnen genom: a. <i>Känsl:</i> Olika material att känna på och gå barfota på som t ex sand, grus, stenar, gräs, vatten. Olika temperaturen att känna på. b. <i>Doft:</i> Växter med olika dofter c. <i>Syn:</i> Störst möjlig variation i växter, djur och träd, inkl årstidsväxlingar. d. <i>Hörsel:</i> Lyssna på insekter, fåglar, vatten mm.	Stimulans av de olika sinnen genom: a. <i>Känsl:</i> Olika material att känna på och sätta fötterna i som t ex sand, grus, stenar, gräs, vatten. Olika temperaturen att känna på. b. <i>Doft:</i> Växter med olika dofter c. <i>Syn:</i> Störst möjlig variation i växter, djur och träd, inkl årstidsväxlingar. d. <i>Hörsel:</i> Lyssna på insekter, fåglar, vatten mm.	Stimulans av de olika sinnen genom: h. <i>Känsl:</i> Olika material att känna på och sätta fötterna i som t ex sand, grus, stenar, gräs, vatten. Olika temperaturen att känna på. i. <i>Doft:</i> Växter med olika dofter j. <i>Syn:</i> Störst möjlig variation i växter, djur och träd, inkl årstidsväxlingar. k. <i>Hörsel:</i> Lyssna på insekter, fåglar, vatten mm.

	<p>e. <i>Smak</i>: Smaka på frukt. Örter, svamp mm.</p> <p>f. <i>Kroppssinnet</i>: Olika rörelser som signalerar till hjärnan att kroppen växlar position.</p> <p>g. <i>Balansen</i>: Olika rörelser som talar om för oss om vi går, sitter, har huvudet nedåt eller är på väg att falla.</p>	<p>e. <i>Smak</i>: Smaka på frukt. Örter, svamp mm.</p> <p>f. <i>Kroppssinnet</i>: Olika rörelser som signalerar till hjärnan att kroppen växlar position.</p> <p>g. <i>Balansen</i>: Olika rörelser som talar om för oss om vi går, sitter, har huvudet nedåt eller är på väg att falla.</p>	<p>l. <i>Smak</i>: Smaka på frukt. Örter, svamp mm.</p> <p>m. <i>Kroppssinnet</i>: Olika rörelser som signalerar till hjärnan att kroppen växlar position.</p> <p><i>Balansen</i>: Olika rörelser som talar om för oss om vi går, sitter, har huvudet nedåt eller är på väg att falla.</p>
18. Årstids-växlingar	a. Ju större variation desto bättre.	a. Ju större variation desto bättre.	a. Ju större variation desto bättre.
19. Rofyllighet		a. Skapa en lugn och ostörd plats där patienten kan få ro.	a. Skapa en lugn och ostörd plats där patienten kan få ro.
20. Vild natur	a. Inkludera om möjligt	a. Inkludera om möjligt	a. Inkludera om möjligt
21. Avskildhet		a. Plats där patienten kan vara avskild och t ex betrakta andra eller ha privata samtal.	a. Plats där patienten kan vara avskild och t ex betrakta andra eller ha privata samtal.
22. Variation i miljöerbjudanden för att locka till fysisk aktivitet	<p>a. Varierad natur</p> <p>b. Höjdvariation</p> <p>c. Varierande underlag</p> <p>d. Variation i element som t ex träningsutrustning, grillplats, odlingar, möjlighet att snickra, plocka svamp mm.</p>	a. Miljöerbjudanden som kan göras i rullstol, stående, liggande, gående mm	a. Miljöerbjudanden som kan göras i rullstol mm.
23. Underlag	<p>a. Så stor variation i underlag som möjligt, t ex gräs, grus, asfalt, träflis.</p> <p>b. Så stor variation i kupering som möjligt.</p>	<p>a. Variation i underlag så att patienten kan välja det som den är bekväm med och samtidigt få en utmaning.</p> <p>b. Värmeslingor i asfalt så att det inte blir halt</p> <p>c. Ramper med rätt lutning och tryggt och säkert underlag</p>	<p>a. Hårda vägar med asfalt eller stenmjöl</p> <p>b. Minimalt med höjdskillnader</p> <p>c. Värmeslingor i asfalt så att det inte blir halt</p> <p>d. Ramper med rätt lutning och tryggt och säkert underlag</p>